Doorwerken en gezondheid

Raad voor de Volksgezondheid & Zorg



Adviseur in gezondheid en Zorg

De Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) is een onafhankelijk adviesorgaan voor de regering en het parlement. Hij zet zich in voor een kwalitatief goede, toegankelijke en betaalbare gezondheidszorg. Daarover brengt hij strategische beleidsadviezen uit. Die schrijft de Raad vanuit het perspectief van de burger. Durf, visie en realiteitszin kenmerken zijn adviezen.

Doorwerken en gezondheid

Advies uitgebracht door de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en de minister van Sociale Zaken en Werkgelegenheid

Den Haag, 2015

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg

Postbus 19404
2500 CK Den Haag
Tel 070 3405060
Fax 070 3407575
E-mail mail@rvz.net
URL www.rvz.net

Colofon

Ontwerp:	OBT
Fotografie:	Eveline Renaud
Omslag foto:	Amsterdam, 2014
Druk:	OBT
Uitgave:	2015
ISBN:	978-90-5732-254-9

U kunt deze publicatie downloaden via onze website (www.rvz.net)
publicatienummer 15/02

Inhoudsopgave

Samenvatting

Urgent maatschappelijk vraagstuk

In de toekomst zullen burgers tot op hogere leeftijd doorwerken dan nu het geval is. Voor veel mensen zal dit zonder problemen gaan, maar voor een deel van de werkenden zal het moeilijk zijn om tot het vijfenzestigste jaar te werken, laat staan dat ze nog langer door kunnen werken. Hoe kunnen we ervoor zorgen dat ook deze groep kan blijven participeren op de arbeidsmarkt? Dit is van belang omdat participatie voor veel mensen een belangrijke waarde is en kan bijdragen aan een betere gezondheid en omdat langer doorwerken de houdbaarheid van collectieve arrangementen kan verbeteren. De centrale vraag in dit advies is hoe vanuit een gezondheids-oogpunt bijgedragen kan worden aan langer doorwerken.

Relatie tussen gezondheid en duurzame inzetbaarheid

Naarmate werkenden ouder worden, kunnen zij vaker te maken krijgen met een slechtere gezondheid en met één of meer chronische ziekten en stijgt het risico op beperkingen. Veel werkenden zullen prima in staat zijn om te blijven participeren met een chronische aandoening en/of een beperking. Wel kan hun gezondheidstoestand leiden tot een vermindering van het werkvermogen en ten koste gaan van de duurzame inzetbaarheid. De Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) stelt dat het van belang is duurzame inzetbaarheid aan te pakken vanuit een levensloopperspectief. Ten eerste omdat de gezondheid en het werkvermogen bij een deel van de werkenden afneemt naarmate men ouder wordt en de aard van de aandoeningen gedurende het arbeidsleven verandert. Zo hebben oudere werkenden bijvoorbeeld vaker te maken met chronische aandoeningen. Ten tweede omdat de context, die van belang is voor het werkvermogen, gedurende het arbeidsleven verandert: denk bijvoorbeeld aan de zorg voor jonge kinderen en het verlenen van mantelzorg. Het aantal opdrachten waarvoor mensen zich gesteld zien, neemt in de loop van het leven toe. Daarbij geldt dat vrouwen een groter deel van de zorgtaken voor hun rekening nemen.

Vanuit gezondheidsoogpunt bijdragen aan doorwerken

De Raad stelt dat ook vanuit gezondheidsoogpunt veel kan worden gedaan om langer doorwerken te stimuleren. Dan moet wel aan een aantal randvoorwaarden worden voldaan. Werkenden, werkgevers en ondersteunende professionals zijn vanuit verschillende rollen en competenties verantwoordelijk voor duurzame inzetbaarheid van werkenden. Er is niet één regisseur en er zijn verschillende belangen in het geding. Het is belangrijk dat deze partijen met elkaar in gesprek gaan over duurzame inzetbaarheid.

Hierbij kunnen ze ondersteund worden door instrumenten die het bewustzijn vergroten van de risico's op verzuim en uitval, en kunnen ze desgewenst effectieve (preventieve) interventies inzetten. Dit kunnen gezondheidsinterventies zijn, maar ook scholing, werkaanpassingen en mantelzorgondersteuning. Daarnaast moet de reguliere zorg meer rekening houden met participatie. Dit kan gestimuleerd worden door het belang van participatie in richtlijnen en kwaliteitsstandaarden mee te nemen. Individuele zorgplannen, waarin patiënten met zorgverleners afspraken maken, kunnen dit eveneens stimuleren. Voor veel patiënten zal participatie een belangrijk doel zijn. Tot slot vindt de Raad het van belang dat er meer kennis komt over de effectiviteit van interventies specifiek gericht op oudere werkenden en langer doorwerken, en interventies die werkenden kunnen ondersteunen om meer verantwoordelijkheid te nemen voor de eigen inzetbaarheid.

Gezondheid in interactie met andere factoren

De Raad is zich ervan bewust dat gezondheid slechts één van de aspecten is bij langer doorwerken en dat er andere belangrijke factoren zijn. Ten eerste constateert de Raad dat de arbeidsmarkt en arbeidsverhoudingen veranderen. Er is een trend naar meer flexibilisering. Dit biedt zowel kansen als bedreigingen voor de gezondheid. Kansen bieden vooral de grotere regelmogelijkheden voor werkenden. Bedreigingen liggen in de hogere (mentale en emotionele) werkeisen, de geringere ondersteuning (mogelijk verminderde toegang tot arbeidsgerelateerde zorg, omdat steeds minder mensen bij een bedrijf werken dat een uitgebreid arbocontract heeft afgesloten) en het wegvallen van zekerheid. Een tweede belangrijke factor is de mate waarin werkenden in staat zijn hun werk aan te passen, mochten ze onverhoopt geconfronteerd worden met een achteruitgang van hun werkvermogen. Gedacht kan worden aan *job engineering* (het slim aan banen sleutelen), verminderen van de werkdruk en een meer geleidelijke overgang van werk naar pensioen. Idealiter moeten werkenden die te maken krijgen met een achteruitgang in werkvermogen hun werk kunnen aanpassen en/of van baan kunnen veranderen. Ten derde is ook de beeldvorming over oudere werkenden en de perceptie over langer doorwerken van belang. Bij het beleid om langer doorwerken te bevorderen moet ook hiermee rekening worden gehouden.

Levensloopbenadering van belang

Vanuit een gezondheidsoogpunt kan bijgedragen worden aan de duurzame inzetbaarheid. Wel dienen verantwoordelijke partijen dit aan te pakken vanuit een levensloopperspectief. Dit betekent dat zij vroegtijdig investeren in preventie en zich bewust zijn van de gezondheidsrisico's en hierop anticiperen in een bredere context. Tevens moeten er bij gezondheids-beperkingen mogelijkheden bestaan om het werk aan te passen en zo te blijven participeren.



Huisartsenpraktijk Uithoorn, Uithoorn, 2011

1 Introductie

1.1 Aanleiding, adviesvraag en afbakening

Van mensen wordt verwacht dat ze langer doorwerken dan nu het geval is. Bekend is dat het risico op gezondheidsklachten toeneemt bij het ouder worden evenals het risico op uitval uit het arbeidsproces. Met dit advies wil de RVZ een bijdrage leveren aan de aanpak van een urgent en belangrijk maatschappelijk vraagstuk: hoe kunnen we ervoor zorgen dat mensen langer en in goede gezondheid kunnen participeren op de arbeidsmarkt?

De centrale vraag in dit advies is hoe vanuit een gezondheidsoogpunt bijgedragen kan worden aan langer doorwerken.

De Raad kijkt hierbij zowel naar de mogelijkheden voor langer doorwerken, als naar de beperkingen.

Een belangrijke factor voor langer doorwerken is gezondheid. Een slechtere gezondheidssituatie leidt tot minder arbeidsparticipatie (RIVM, 2013). Andersom kan arbeidsparticipatie ook leiden tot een betere gezondheid (SEOR, 2008; Klinkhamer en Van Wijnbergen, 2010; Hulshof, 2012; Burdorf, 2014). Wel zijn hierbij de arbeidsomstandigheden van belang. Fysiek en/of mentaal zwaar werk kan een negatief effect hebben op de arbeidsparticipatie van ouderen. Of mensen in staat zijn om langer door te werken hangt daarnaast af van veel factoren, zoals financiële prikkels om te werken, kennis en ervaring, relatieve productiviteit in relatie tot loon en de bereidheid van werkgevers om ouderen in dienst te nemen of te houden (SEOR, 2011). In dit advies focust de Raad op gezondheid, maar wel vanuit het besef dat dit slechts een van de relevante factoren is en dat (de mate van) gezondheid kan interacteren met andere factoren.

1.2 Deelvragen en leeswijzer

Om de hiervoor gestelde centrale vraag te kunnen beantwoorden heeft de Raad een aantal deelvragen geformuleerd, die hij achtereenvolgens in dit advies behandelt:

- Hoe is het gesteld met de gezondheid van werkenden en wat is de relatie met duurzame inzetbaarheid (hoofdstuk 2)?
- Hoe ziet de arbeidsgerelateerde zorg er op hoofdlijnen uit en hoe functioneert dit nu? Kunnen effectieve interventies gericht op gezondheid de duurzame inzetbaarheid van werkenden verbeteren? Zo ja, worden deze nu benut (hoofdstuk 3)?
- Welke andere factoren beïnvloeden langer doorwerken in interactie met gezondheid (hoofdstuk 4)?

Tot slot beantwoordt de Raad in hoofdstuk 5 de centrale vraag, agendeert hij een aantal maatschappelijke vraagstukken en doet hij enkele aanbevelingen.

1.3 Begrippen

In dit advies staat een aantal begrippen centraal: werkenden, arbeidsgerelateerde zorg, participatie, duurzame inzetbaarheid en werkvermogen.

Wanneer de Raad het over werkenden heeft, dan bedoelt hij mensen die op de arbeidsmarkt actief zijn of dit willen zijn. Het betreft hier de beroepsbevolking. Het gaat om werknemers, flexwerkers, zzp'ers en mensen die tijdelijk een afstand hebben tot de arbeidsmarkt (werkzoekenden).

De Raad spreekt in dit advies waar het gaat over zorg die als doel heeft arbeidsparticipatie te behouden over arbeidsgerelateerde zorg en sluit zich aan bij definitie die gehanteerd wordt in het SER-advies 'Betere zorg voor werkenden' (2014: 17). *"De bedrijfsgezondheidszorg is gericht op het voorkomen van beroepsziekten, bedrijfsongevallen, ziekte en verzuim van werknemers. De arbeidsgerelateerde zorg omvat meer dan alleen de bedrijfsgezondheidszorg: het is de zorg voor alle werkenden (inclusief zzp'ers) of werkzoekenden die erop gericht is hun arbeidsparticipatie duurzaam te behouden. Daarbij gaat het ook om de reguliere eerste- en tweede/derdelijnszorg".*

De focus ligt in dit advies op arbeidsparticipatie. Wel heeft de Raad in dit advies aandacht voor de relatie tussen arbeids- en maatschappelijke participatie, zoals het verlenen van mantelzorg en vrijwilligerswerk. De combinatie van verschillende rollen, zoals arbeid en zorg, is van belang voor langer doorwerken (SCP, 2015).

Een aantal begrippen staat voor de mate waarin mensen in staat zijn langer door te werken: duurzame inzetbaarheid, werkvermogen, vitaliteit en employability. Deze begrippen worden in de praktijk niet eenduidig gedefinieerd en door elkaar gebruikt. In dit advies gebruikt de Raad met name de termen duurzame inzetbaarheid en werkvermogen. Duurzame inzetbaarheid is door een werkgroep van deskundigen op verzoek van ZonMw als volgt gedefinieerd (Klink et al., 2010):

"Duurzaam inzetbaar betekent dat medewerkers doorlopend in hun arbeidsleven over daadwerkelijk realiseerbare mogelijkheden alsmede over de voorwaarden beschikken om in huidig en toekomstig werk met behoud van gezondheid en welzijn te (blijven) functioneren. Dit impliceert een werkcontext die hen hiertoe in staat stelt, evenals de attitude en motivatie om deze mogelijkheden daadwerkelijk te benutten."

Onder werkvermogen wordt verstaan: *"de mate waarin iemand, zowel lichamelijk (fysiek) als geestelijk (psychisch), in staat is om te werken"* (Ilmarinen et al., 2005). Werkvermogen geeft de huidige inzetbaarheid weer. Over de relatie tussen werkvermogen en duurzame inzetbaarheid zegt de werkgroep: *"Werkvermogen kan worden opgevat als de momentane, transversale component van inzetbaarheid"* (Van der Klink et al., 2010: 17).

1.4 Aanpak

Dit advies kent zijn oorsprong in het adviestraject van de Sociaal-Economische Raad (SER) over de toekomst van de arbeidsgerelateerde zorg. Ter voorbereiding van het advies 'Betere zorg voor werkenden' (2014) is er overleg geweest tussen het secretariaat van de SER en de RVZ, en heeft een vertegenwoordiger van het RVZ-secretariaat de commissievergadering van de Commissie Arbeidsomstandigheden als toehoorder bijgewoond.

De RVZ heeft besloten om te adviseren over het specifieke thema door-werken en gezondheid vanuit een levensloopperspectief. De Raad meent dat dit perspectief in huidige beleidsdiscussie onderbelicht is. In dit advies staan de levensloop van werkenden en de hiermee samenhangende wensen en behoeften van burgers centraal.

Aan dit advies ligt ten grondslag:
- een uitgebreid literatuuronderzoek;
- een consultatie van experts en een bespreking van een conceptadvies in een expertgroep;
- tien interviews met burgers over werk in relatie tot gezondheid. Een verslag van deze interviews is te vinden op de website van de RVZ.



Amsterdam, 2014

2 Gezondheid en duurzame inzetbaarheid

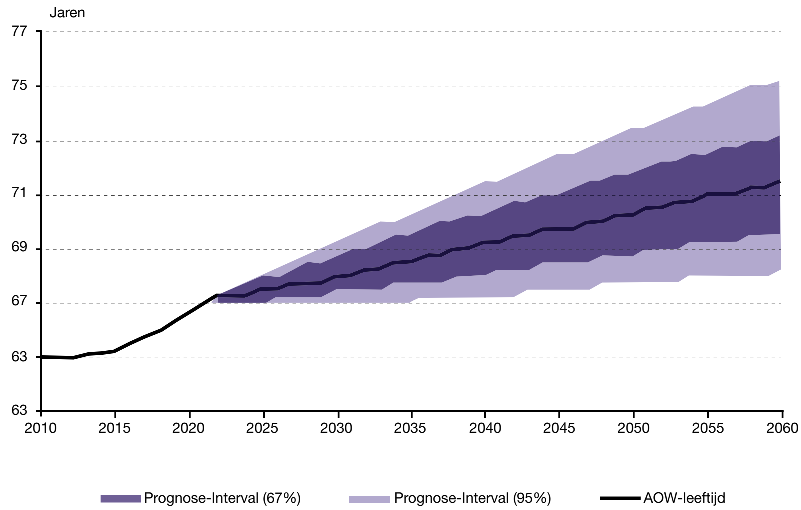
In dit hoofdstuk gaat de Raad in op de relatie tussen gezondheid en duurzame inzetbaarheid. Hij beziet hoe gezondheid zich ontwikkelt gedurende het arbeidsleven, wat de invloed hiervan is op duurzame inzetbaarheid en wat het belang is van de context. De Raad constateert dat gezondheid, duurzame inzetbaarheid en de context gedurende het arbeidsleven veranderen. Ook stelt de Raad dat de relatie tussen gezondheid en werken andersom kan zijn: werken kan onder de juiste omstandigheden de gezondheid ten goede komen.

2.1 Stijgende arbeidsparticipatie onder ouderen

De arbeidsparticipatie van 50- tot 65-jarigen is de laatste jaren flink toegenomen (CBS, 2013). Dit komt enerzijds doordat steeds meer vrouwen participeren op de arbeidsmarkt. Anderzijds zien we dat er - mede door een aantal arbeidsstimulerende maatregelen - steeds minder mensen tussen de 50 en 65 jaar oud uitstromen.

De komende jaren zullen steeds meer mensen steeds langer op de arbeidsmarkt participeren vanwege de koppeling van de AOW-leeftijd aan de stijgende gemiddelde levensverwachting. Voor iemand die in 1978 geboren is, is volgens de CBS-prognose de pensioenleeftijd 71,5 jaar (Baars, 2013). Waarschijnlijk is de CBS-prognose overigens te pessimistisch en gaan we nog langer doorwerken (De Beer, 2013). Dit is nodig om collectieve voorzieningen toekomstbestendig te maken. Wanneer langer leven niet wordt omgezet in langer doorwerken kan dit er onder andere toe leiden dat pensioenfondsen met tekorten te maken krijgen en niet meer aan hun verplichtingen kunnen voldoen. Door de maatregel van het kabinet om de AOW-leeftijd te koppelen aan de gemiddelde levensverwachting zal de beroepsbevolking naar verwachting op peil blijven (CBS, 2012).

Grafiek 2.1 Prognose AOW-gerechtigde leeftijd



Bron: CBS (2012)

De Nederlandse arbeidsparticipatie scoort internationaal gezien bovengemiddeld, maar ligt in de populatie 55- tot en met 64-jarigen ten opzichte van die in een aantal andere landen relatief laag. Nederland is in deze leeftijdscategorie een Europese middenmoter. In 2013 werkte 70,2% van de mannen en 50% van de vrouwen in deze categorie (Eurostat, 2015). Landen als Zweden, Noorwegen en Zwitserland kennen in de populatie van 55- tot en met 64 jarigen een hogere participatie (ten minste een uur betaalde arbeid per week) van zowel mannen als vrouwen (zie tabel 2.1).

Tabel 2.1 Werkgelegenheid (%) oudere werkenden in 2013 (van 55 tot en met 64 jaar)

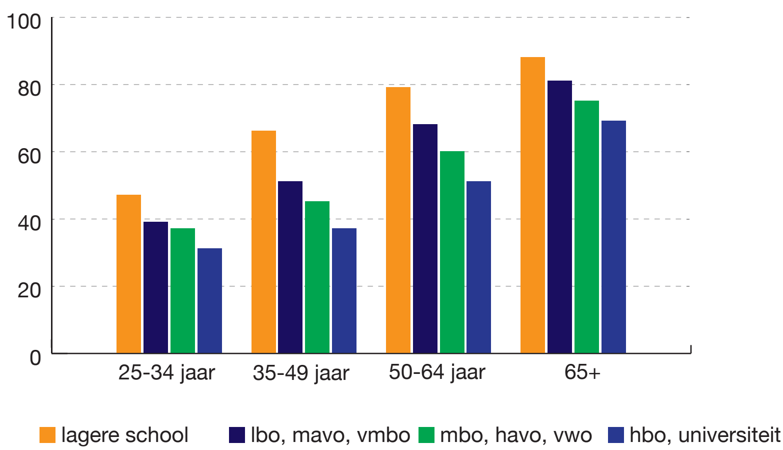
Landen	Mannen	Vrouwen	Totaal
Nederland	70,2	50,0	60,1
Zweden	76,9	70,3	73,6
Noorwegen	74,9	67,1	71,1
Zwitserland	79,9	63,6	71,7
Verenigd Koninkrijk	66,8	53,0	59,8
Duitsland	69,9	57,6	63,6

Bron: Eurostat 2015

2.2 Het arbeidsleven en gezondheid

Gemiddeld genomen zijn mensen goed in staat om meer jaren te werken; we leven over het algemeen steeds langer en met minder beperkingen. Wel zullen gezondheidsrisico's naarmate we ouder worden toenemen. Zo neemt de kans op het hebben van een of meer (chronische) ziekten toe met het stijgen van de leeftijd (zie grafiek 2.2). Dit kan een risico zijn voor langer doorwerken wanneer deze ziekten tot beperkingen leiden. Oudere werknemers verzuimen op zich niet vaker, maar gemiddeld genomen wel langer en hebben een grotere kans om arbeidsongeschikt te worden (zie tabel 2.2).

Grafiek 2.2 Prevalentie in 2012 van een of meer chronische aandoeningen per leeftijdscategorie naar hoogst voltooid opleidingsniveau en gestandaardiseerd naar de bevolking van 2012.



Bron: RIVM 2014a.

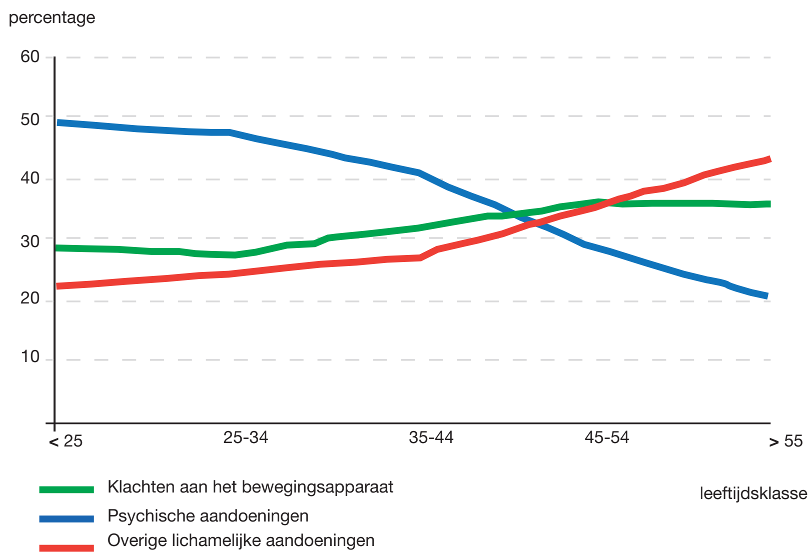
Tabel 2.2 Ziekteverzuim naar leeftijd in 2010, exclusief zwangerschapsverlof.					
	15-24 jaar	**25-34 jaar**	**35-44 jaar**	**45-54 jaar**	**55-64 jaar**
Verzuimpercentage	2,4	3,9	4,1	4,6	5,9
Verzuimfrequentie	1,2	1,3	1	1	1,1
Verzuimduur (werkdagen per jaar)	3,4	7,1	7,6	8,5	11

Bron: RIVM 2014b.

Het valt op dat het verschil in verzuim tussen oud en jong met name wordt veroorzaakt door chronische aandoeningen. *"Bij werknemers van 15-24 jaar is het verzuim door het hebben van één of meer chronische aandoeningen 24% van het totale verzuim, bij werknemers 55-64 jaar is dat opgelopen naar 63%"* (TNO, 2012a: 11).

Wat betreft de oorzaak van het langdurig verzuim valt het volgende patroon op (zie grafiek 2.3). In de leeftijd tot en met 45 jaar zijn psychische aandoeningen relatief de grootste veroorzakers van het langdurige verzuim. Na het vijfenveertigste jaar worden overige lichamelijke aandoeningen en klachten aan het bewegingsapparaat de grootste veroorzaker van langdurig verzuim. Psychische aandoeningen nemen - hoewel ze in absolute zin nog steeds een forse veroorzaker van verzuim zijn - relatief gezien in belang af.

Grafiek 2.3 Percentage langdurige verzuim naar aandoening en leeftijd



Bron: RIVM 2014c

De instroom in arbeidsongeschiktheid laat een soortgelijk patroon zien als het langdurige verzuim. Tot de leeftijd van 45 jaar ligt aan relatief veel van de WIA-uitkeringen de diagnose psychische aandoening ten grondslag (zie tabel 2.3), terwijl oudere werkenden (45-64 jaar) vaker arbeidsongeschikt worden als gevolg van aandoeningen aan het bewegingsapparaat, hart- en vaatziekten en nieuwvormingen (kanker).

Tabel 2.3 Nieuwe uitkeringen WIA naar diagnose en leeftijd, 2011.

	<45 jaar	45-64 jaar
Psychische aandoeningen	44%	23%
Aandoeningen aan het bewegingsapparaat	16%	25%
Hart- en vaatziekten	3%	11%
Nieuwvormingen	4%	11%
Overige diagnosen (incl. onbekend)	33%	30%

Bron: UWV, 2012 (bewerkt)

Kijken we tot slot naar het verschil tussen mannen en vrouwen, dan valt op dat vrouwen gemiddeld meer verzuimen (RIVM 2014b). Het verzuimpercentage lag in 2011 bij vrouwen op 4,9% en bij mannen op 3,8%. Bij vrouwen wordt het grootste deel van het langdurige verzuim veroorzaakt door psychische aandoeningen, terwijl mannen vaker verzuimen vanwege klachten aan het bewegingsapparaat en overige lichamelijke aandoeningen. Ook lopen vrouwen gemiddeld een iets groter risico om arbeidsongeschikt te worden (0,8% voor vrouwen en 0,7% voor mannen in 2011).

2.3 Relatie tussen inzetbaarheid en gezondheid

Of mensen langer door kunnen werken wordt in belangrijke mate bepaald door hun duurzame inzetbaarheid.

Volgens de SER is duurzame inzetbaarheid een combinatie van employability, werkvermogen en vitaliteit (SER, 2009). Onder employability wordt het vermogen verstaan om verschillende werkzaamheden en functies adequaat te blijven vervullen, zowel in het huidige bedrijf als in een ander bedrijf of een andere sector (SER, 2009). Beleid om employability te versterken kan bijvoorbeeld bestaan uit scholing, beloning en bevordering van doorstroommogelijkheden. Werkvermogen is de mate waarin iemand, zowel lichamelijk (fysiek) als geestelijk (psychisch), in staat is om te werken (Ilmarinen et al., 2005).

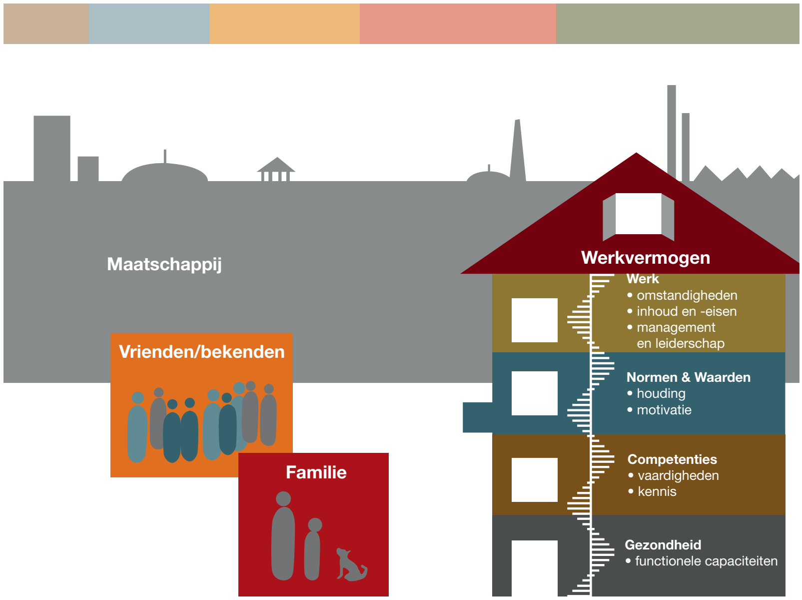
Bij employability lijkt meer de nadruk te liggen op de competenties van werkenden, terwijl bij werkvermogen meer de nadruk ligt op de gezondheid. We zien echter dat ook gezondheid als belangrijke factor van employability wordt gezien, en andersom competenties als determinant gelden voor werkvermogen, waardoor de begrippen elkaar overlappen en door elkaar gebruikt worden. Het blijkt dat werkvermogen en employability met het stijgen van de leeftijd gemiddeld genomen afnemen (Van Vuuren, 2011), maar ondanks verminderende gezondheid en toenemende beperkingen voelen oudere mensen zich toch vaak goed en succesvol (Westendorp, 2014).

De verklaring ligt in het aanpassingsvermogen van mensen. Niet het feitelijk gezond zijn, maar het nog kunnen functioneren draagt daaraan bij. Volgens Westendorp is vitaliteit *"het afwegen van het mogelijke en het onmogelijke, schipperen tussen eigen kracht en hulp van buiten"* (Westendorp, 2014). Op hoge leeftijd worden mensen hier beter in, omdat zij kunnen putten uit meer levenservaring.

In dit advies richt de Raad zich met name op werkvermogen, omdat gezondheid een belangrijke determinant hiervan is en het werkvermogen met het stijgen van de leeftijd gemiddeld genomen afneemt. Belangrijk is dat de afname van het werkvermogen een gemiddelde betreft en er een grote bandbreedte is. *"Veel ouderen hebben een even goed of een beter werkvermogen dan op jongere leeftijd, een aantal heeft echter een slechter tot veel slechter werkvermogen dan op jonge leeftijd"* (Burdorf en Elders, 2007). Zo zijn er bijvoorbeeld aanzienlijke sociaaleconomische gezondheidsverschillen. Voor mensen met een lage sociaaleconomische status (SES) zal langer doorwerken moeilijker zijn dan voor mensen met een hoge SES. Bij het werkvermogen gaat het niet alleen om gezondheid. De bedenker van het concept, Ilmarinen, spreekt van het huis van werkvermogen: het fundament wordt gevormd door gezondheid, maar daarboven zitten verdiepingen van competenties, normen en waarden, en werk (Ilmarinen et al., 2005). Al deze factoren samen zijn van invloed op het werkvermogen (zie figuur 2.1).

De relatie tussen gezondheid en werkvermogen is dus afhankelijk van een bredere context. Er zijn veel werkenden die met een of meer gezondheids-aandoeningen prima in staat zijn om te participeren. Andersom zijn er ook veel mensen die hun gezondheid als goed ervaren en toch niet participeren (Oosterhout en Breij, 2014). Werkvermogen wordt bepaald door de interactie van gezondheid met andere factoren. Een verslechterende gezondheid kan tot beperkingen leiden en zo tot een mogelijk verlies aan werkvermogen. Maar de impact hiervan zal verschillen. Sommigen zullen nog voldoende hulpbronnen (zoals regelmogelijkheden, netwerk en motivatie) hebben om een achteruitgang in gezondheid op te vangen, terwijl een teruglopende gezondheid bij anderen kan leiden tot onvoldoende werkvermogen voor het uitvoeren van hun functie. Andersom kan het ook zo zijn dat een werkende zich goed weet te redden met gezondheids-beperkingen, maar dat het werkvermogen uiteindelijk verstoord wordt door een andere levensgebeurtenis. Hierover meer in de volgende paragraaf.

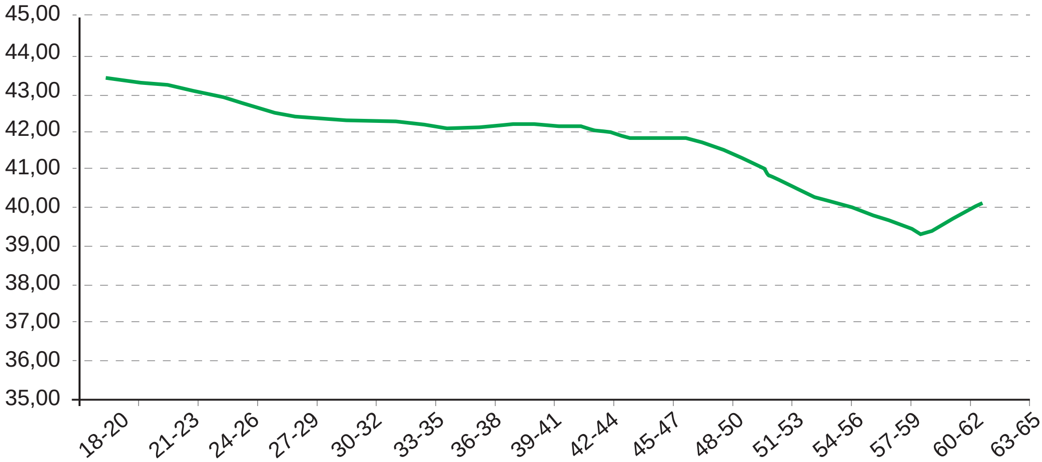
Figuur 2.1 Het huis van werkvermogen



Bron: Blik op werk 2015

Voor een beperkt deel van de werkenden wordt het werkvermogen jaarlijks gemeten via de Work Ability Index (WAI). De maximale waarde die de WAI kan aannemen is 50. Een WAI-score van 49 tot 44 geldt als uitstekend, van 43 tot 37 als goed, van 36 tot 28 als matig en van 27 tot 7 als slecht. Op basis hiervan is het werkvermogen van de Nederlandse beroepsbevolking over het algemeen goed tot uitstekend te noemen (Laurier, Schilder en Hupkens, 2014). Het werkvermogen neemt geleidelijk af met het stijgen van de leeftijd (grafiek 2.4). De opleving aan het einde van het werkzame leven kan verklaard worden vanuit het zogenaamde *healthy-worker-effect.* Dit effect wordt veroorzaakt doordat ongezonde werknemers inmiddels de arbeidsmarkt hebben verlaten en de werkenden die overblijven relatief gezond zijn. Wel blijkt er een aanzienlijke spreiding te zijn tussen werknemers vanaf het vijfentwintigste levensjaar. Behalve veel werknemers met een hoog werkvermogen zijn er ook met een matig tot slecht werkvermogen.

Grafiek 2.4 Work Ability Index (WAI) naar leeftijd 2013.



Bron: Laurier, Schilder en Hupkens, 2014

2.4 Een levensloopperspectief

Bij de relatie tussen gezondheid en duurzame inzetbaarheid hebben we gezien dat de context van belang is. Participatie betekent volgens het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP) vooral ook combineren, zij spreken in dit kader van de combinatiesamenleving (SCP, 2015). Werkenden hebben een privéleven waarin van alles gebeurt. Het privéleven kan zorgen voor ontspanning, maar kan ook hoge eisen aan mensen stellen, juist in combinatie met een arbeidsloopbaan. Een gezin stichten, zorgen voor oudere ouders of een oudere partner hebben een effect op het evenwicht van werk en privé. Bij de combinatie van werken en zorgen zijn het vooral vrouwen die een groter deel van de zorgtaken op zich nemen.

We concentreren een aantal activiteiten die veel energie vergen (werken, carrière maken, zorgen voor kleine kinderen) doorgaans tussen de 30 en 40 jaar, ook wel het spitsuur van het leven genoemd. Kijken we naar tijdbesteding, dan zijn mannen en vrouwen ongeveer even druk, maar vooral vrouwen combineren verschillende taken (SCP, 2012). Zou het zo kunnen zijn dat dit spitsuur in het leven van mensen samenhangt met stressklachten of burn-out: psychische aandoeningen zijn immers relatief de grootste veroorzaker van langdurig verzuim in het midden van het arbeidsleven (zie paragraaf 2.2). Met andere woorden: zijn psychische aandoeningen genderspecifiek of levensfase-specifiek?

Soms wordt er ook al gesproken over een tweede spitsuur in het leven, tussen plusminus 55 en 65 jaar, waarin de combinatie van werken en zorgen (voor kleinkinderen en/of oude ouders) voor de tweede keer veeleisend kan zijn. Vooral vrouwen in deze leeftijdsgroep - die in het afgelopen decennium

gemiddeld ook meer uren zijn gaan werken (SCP, 2014a) - combineren vaker betaald werk met mantelzorg. Door het stijgende aandeel (alleenstaande) ouderen zal de druk op vrouwen in deze leeftijdsgroep in de toekomst verder toenemen, zeker als zij ook meer uren gaan werken.

Het vraagstuk hoe we onze tijd verdelen tussen werken of zorgen wordt ook wel het participatiedilemma genoemd. Hoe verder de pensioenleeftijd opschuift, des te langer het participatiedilemma een rol blijft spelen in het leven van mensen. Het aantal opdrachten waarvoor vrouwen en mannen zich gesteld zien, neemt in de loop van het leven toe. Er spelen bovendien andere vragen, zo vinden mensen het bijvoorbeeld lastiger om zorgverlof te vragen voor een dementerende ouder dan voor een ziek kind, omdat zieke kinderen meestal snel hersteld zijn en het bij dementerende ouderen onduidelijk is hoe lang het gaat duren (SCP, 2014b). Ook het gegeven dat in de toekomst langer doorwerken financieel eerder noodzakelijk zal zijn, zou een extra druk op mensen kunnen leggen. Het is voorstelbaar dat een (te) veeleisende combinatie van werken en zorgen zijn weerslag zal hebben op het vermogen om langer door te werken in goede gezondheid.

Tot nog toe markeert de pensioenleeftijd een vrij abrupte overgang in de levensloop. Daarna volgt een periode van vrije tijd. Dat roept de vraag op of spitsuren en vrije tijd niet beter over het leven gespreid kunnen of moeten worden. Hierover meer in hoofdstuk 4.

Een andere context is die van het vergaren van menselijk kapitaal gedurende de levensloop. Mensen investeren naast het werk niet alleen in relaties met anderen maar ook in zichzelf. Bij de noodzaak van langer doorwerken, neemt ook de noodzaak van het investeren in opleiding en scholing toe. Ook dit is een opdracht waarvoor mensen zich in toenemende mate gesteld zien. Investeringen in opleiding en investeringen in gezondheid versterken elkaar, er is sprake van complementaire investeringen (CPB, 2013a). Een gezonder mens is door minder ziekteverzuim bijvoorbeeld beter in staat kennis te vergaren, maar mensen met een hoger kennisniveau hebben vaak ook een minder fysiek belastende baan.

2.5 Relatie tussen werk en gezondheid

In dit advies staat de vraag centraal hoe vanuit een gezondheidsoogpunt kan worden bijgedragen aan langer doorwerken. Maar werken blijkt, andersom beredeneerd, ook een effect op gezondheid te hebben (zie figuur 2.3).

Figuur 2.2 Relatie tussen gezondheid en werk



Veel wetenschappers hebben gewezen op een positief effect van werk op gezondheid. Klinkhamer en Van Wijnbergen (2011) vinden dat werken een goede lichamelijke en geestelijke gezondheid bevordert, gezondheidsproblemen helpt voorkomen en herstel van ziekte bevordert. Volgens Schuring et al. (2011) verbetert het starten met betaalde arbeid alle dimensies van ervaren gezondheid zelfs binnen zes maanden. Het niet hebben van werk kan leiden tot een hogere kans op fysieke en/of psychische klachten of aandoeningen, door sommige auteurs wel eens becijferd als gevaarlijker dan het roken van een pakje sigaretten per dag (Hulshof, 2012). Werk kan beschouwd worden als een belangrijk medicijn en zou ook meer op die manier ingezet kunnen en moeten worden (Hulshof, 2012). Van der Noordt et al. (2014) concluderen op basis van een literatuuroverzicht dat werk in elk geval depressiviteit vermindert en de mentale gezondheid verbetert. Verder stellen zij dat er meer onderzoek nodig is naar de effecten van werk op de fysieke gezondheid.

Maar werken is niet altijd gezond. Slechte arbeidsomstandigheden kunnen tot gezondheidsproblemen leiden en uitval bespoedigen (RIVM, 2007). Het gaat hier om (RIVM, 2013):

- **fysieke belasting** denk aan zwaar tillen, verkeerd zitten en langdurig inactief zijn;
- **belasting vanuit de omgeving** denk aan de blootstelling aan lawaai en het werken met schadelijke stoffen;
- **psychosociale belasting** denk aan hoge werkeisen, weinig autonomie en slechte relaties op het werk.

Werk heeft een positief effect op gezondheid als het goed aansluit op iemands kennis, vaardigheden en persoonlijke omstandigheden en als het wordt uitgevoerd in een veilige, gezonde en ondersteunende werkomgeving (Hulshof, 2012).

2.6 Conclusie

Mensen werken steeds langer. Voor veel mensen zal dit geen probleem opleveren. We leven immers gemiddeld genomen langer zonder beperkingen, en ook met veel beperkingen kunnen werkenden prima doorwerken. Maar er zijn groepen mensen voor wie langer doorwerken moeilijker is, omdat ze over een matig tot slecht werkvermogen beschikken en niet meer kunnen voldoen aan de werkeisen. De sociaaleconomische status speelt een rol: mensen met een lagere sociaaleconomische status lopen hogere risico's. Ook zijn er verschillen tussen mannen en vrouwen: vrouwen hebben relatief vaker psychische klachten, terwijl bij mannen klachten aan het bewegingsapparaat een grotere rol spelen. De levensfase is eveneens van belang. Ten eerste omdat gezondheid en werkvermogen gemiddeld genomen met het stijgen van de leeftijd afnemen en de aard van de aandoeningen gedurende het arbeidsleven verandert - zo hebben oudere werkenden vaker te maken met chronische aandoeningen. Ten tweede omdat de context, die van belang is voor het werkvermogen, gedurende het arbeidsleven verandert: denk aan het zorgen voor jonge kinderen, het volgen van een opleiding en het verlenen van mantelzorg aan ouders. Ook hier zijn er verschillen tussen mannen en vrouwen: vrouwen nemen gemiddeld genomen vaker zorgtaken op zich. Bij het beleid om werkenden beter in staat te stellen langer door te werken dient rekening gehouden te worden met de levensloop en met zorgtaken. Zo kan beter aangesloten worden bij de behoeften van werkenden, maar kan er ook geanticipeerd worden op toekomstige risico's voor uitval en verzuim en kan er preventief beleid gevoerd worden.



Garage Frederik Hendrik, Amsterdam, 2014

3. Arbeidsgerelateerde zorg

In dit hoofdstuk gaat de Raad in op de arbeidsgerelateerde zorg. Hij constateert dat zowel werkenden zelf als werkgevers verantwoordelijk zijn voor de duurzame inzetbaarheid van werkenden, maar dan vanuit verschillende rollen en verschillende competenties. Professionals spelen een belangrijke ondersteunende rol. Vervolgens wordt er ingegaan op effectieve interventies die op dit moment onderbenut worden en de mogelijke redenen van deze onderbenutting. Tot slot beziet de Raad hoe het zorgaanbod beter kan functioneren.

3.1 Verschillende verantwoordelijkheden

Verschillende partijen zijn vanuit andere rollen en competenties verantwoordelijk voor duurzame inzetbaarheid van werkenden. Het gaat hier om werkenden zelf, werkgevers of opdrachtgevers en ondersteunende professionals.

Werkende

Ten eerste is de werkende primair zelf verantwoordelijk voor zijn of haar gezondheid en duurzame inzetbaarheid. Werkenden zullen het belangrijk vinden om zo lang mogelijk gezond te blijven en hierdoor te kunnen werken als ook onbetaalde arbeid zoals vrijwilligerswerk of mantelzorg kunnen verrichten. Daarnaast speelt er een financieel aspect voor werkenden: duurzame inzetbaarheid is belangrijk om ook in de toekomst voldoende inkomen te hebben. Vooral bij zzp'ers speelt dit, aangezien zij zelf het volledige financiële risico lopen bij uitval door ziekte.

De mate waarin werkenden deze verantwoordelijkheid kunnen dragen zal verschillen. Zo blijkt uit onderzoek van het NIVEL (2014) dat gezondheidsvaardigheden over de bevolking ongelijk verdeeld zijn en dat de helft van de Nederlanders moeite heeft om zelf de regie te voeren over gezondheid, ziekte en zorg. Wel zijn er volgens het NIVEL mogelijkheden om gezondheidsvaardigheden aan te leren en te versterken.

Werkgever

Ten tweede heeft in Nederland de werkgever een belangrijke verantwoordelijkheid voor duurzame inzetbaarheid van zijn werknemers. Deze verantwoordelijkheid heeft een wettelijke basis en kan daarnaast voortkomen uit intrinsieke motivatie, en/of door financiële belangen gedreven worden. In internationaal perspectief is het opvallend dat werkgevers in Nederland stevige financiële prikkels hebben gekregen om verzuim en instroom in de arbeidsongeschiktheid te beperken (CPB, 2014). Daarentegen is het aantal prikkels voor werknemers beperkt.

Belangrijk is dat de werkgever zorgt voor goede arbeidsomstandigheden. In het vorige hoofdstuk hebben we geconcludeerd dat slechte arbeidsomstandigheden tot vermindering van de gezondheid van de werkende kunnen leiden en zo resulteren in een verslechtering van duurzame inzetbaarheid. Met name blootstelling aan schadelijke stoffen (waaronder tabaksrook) en psychosociale en fysieke arbeidsbelasting hebben in het verleden tot de grootste ziektelast geleid (RIVM, 2013). Door arbeidsomstandigheden te verbeteren kunnen werkgevers en opdrachtgevers de duurzame inzetbaarheid van werkenden en zzp'ers verbeteren.

De Arbeidsomstandighedenwet regelt de verantwoordelijkheden van werkgevers en werknemers voor een veilige en gezonde werkplek (SER, 2014). De werkgever moet zorgen voor veilige en gezonde arbeidsomstandigheden en voert hiertoe een arbeidsomstandighedenbeleid. Van de werknemer wordt verwacht dat hij meewerkt aan het op een veilige manier benutten van deze omstandigheden en op een veilige manier verrichten van zijn werkzaamheden. Als basis voor dit beleid staat de verplichte inventarisatie en evaluatie van risico's (RI&E). De werkgever heeft daarnaast de plicht zich bij een aantal taken te laten bijstaan door een of meer deskundige personen die gecertificeerd zijn of die als bedrijfsarts zijn ingeschreven in een erkend specialistenregister (SER, 2014). De Inspectie Sociale Zaken en Werkgelegenheid (Inspectie SZW) ziet toe op de naleving. Uit een rapport van de inspectie uit 2013 blijkt dat de meeste werknemers tevreden zijn over de arbeidsomstandigheden, maar dat de aandacht voor preventie sinds 2006 in bedrijven terugloopt (Inspectie SZW, 2013).

De zzp'er is in principe zelf verantwoordelijk. Wel heeft een zzp'er te maken met meerdere opdrachtgevers, waarbij het de vraag is of deze ook in bepaalde mate verantwoordelijkheid dragen voor de duurzame inzetbaarheid van de zzp'er, met name wanneer een zzp'er veel voor dezelfde opdrachtgevers werkt.

Nederland kende in het verleden in internationaal perspectief een hoog verzuim en een grote instroom in de arbeidsongeschiktheid. Als beleidsreactie hierop zijn er toen flinke hervormingen doorgevoerd. Het gaat hier met name om de Wet verbetering poortwachter (Wvp) en de Wet uitbreiding loondoorbetalingsplicht bij ziekte (Wulbz). Deze hervormingen hebben gezamenlijk effect gehad. Bedroeg de instroom volgens de Wet arbeidsongeschiktheidsverzekering (WAO) in de jaren 2000 en 2001 nog rond de 100.000 werknemers per jaar, inmiddels is deze met rond de 29.000 in de WIA laag (AStri, 2011; www.cbs.nl). De instroomkans in de arbeidsongeschiktheidsverzekering is in de periode 1999 tot 2009 met 71% afgenomen. Het ziekteverzuim is van 7% in 1990 teruggelopen naar 3,9% in 2013 (CBS, 2014).

Belangrijke financiële prikkels zijn de loondoorbetaling bij ziekte, en premiedifferentiatie en eigenrisicodragen voor de Werkhervatting Gedeeltelijk Arbeidsgeschikten (WGA). Werkgevers zijn verplicht om maximaal twee jaar het loon door te betalen bij ziekte. Het gaat hier in principe om 70% van het loon, maar in de meeste cao's is sprake van een bovenwettelijke aanvulling (CPB, 2014). Daarnaast betalen werkgevers een bedrijfsspecifieke premie voor de WGA op basis van de uitkeringslasten. Voor werkgevers bestaat ook de mogelijkheid om dit risico zelf te dragen (meestal herverzekerd via een private verzekeraar).

Het beleid om werkgevers stevige financiële prikkels te geven voor gezondheid kent behalve gewenste effecten mogelijk ook een schaduwzijde. Ten eerste is een gevaar van dit beleid dat werkgevers hun werknemers selecteren op gezondheidsrisico's. Ten tweede zou dit ertoe kunnen leiden dat werkgevers vaker voor contractvormen kiezen waarin ze deze risico's kunnen ontlopen, zoals flexcontracten en payrolling. Ten derde kan de vraag gesteld worden of werkgevers financieel risico moeten dragen voor privégedragingen van werknemers buiten het werk. In tegenstelling tot andere landen kent Nederland geen onderscheid tussen *risque professionel* en *risque social*. We zien dat bedrijven zich inzetten om de gezondheid van hun werknemers te bevorderen. Veel werknemers vinden dit ook goed (zie kader).

Uit een onderzoek van Infomart GfK in opdracht van BNR Nieuwsradio en zorgverzekeraar CZ blijkt:
- 75% van de Nederlandse werknemers vindt dat de baas zich mag bemoeien met de leefstijl van ongezonde werknemers.
- 40% van de werknemers meent dat de baas zelfs verplicht is om zich daarmee te bemoeien.
- 65% van de werknemers en meer dan 50% van de werkgevers vindt dat het bedrijf medeverantwoordelijk is voor de vitaliteit van het personeel: de werkgever zou moeten zorgen voor goede werkplekken, flexibele werktijden of een fietsenplan.
- 10% van de werkgevers zou iemand ontslaan vanwege gebrek aan vitaliteit.
- 87% van de werknemers wil dat de werkgever een rol speelt bij vitaliteit op de werkvloer, zoals goede werkplekken, flexibele werktijden of een fietsenplan.
- 80% van de werkgevers geeft aan het belang te zien van vitaliteit op de werkvloer: dat stimuleert een positieve werkhouding en reduceert het ziekteverzuim.
- 14% van de werkgevers maakt daadwerkelijk budget vrij om te investeren in een gezondheidsplan.

Bron: De Jong (2010): onderzoek van Infomart GfK (in opdracht van BNR Nieuwsradio en zorgverzekeraar CZ)

Professionals

Ten derde kunnen werkenden en werkgevers zich bij hun inspanningen voor duurzame inzetbaarheid laten bijstaan door professionals. Denk aan een bedrijfsarts, huisarts, verzekeringsarts, fysiotherapeut, psycholoog of arbeidsdeskundige. Dit kunnen zorgprofessionals zijn, maar ook HR-professionals.

Bijna alle werkenden zullen zich met gezondheidsklachten in eerste instantie melden bij de huisarts en terechtkomen in het reguliere zorgaanbod (Buijs et al., 2009; TNO, 2014a). De toegang tot arbeidsgerelateerde zorg verschilt naar type arbeidsrelatie: werknemer, zzp'er of werkzoekende. Wanneer een werknemer langer verzuimt, komt de bedrijfsarts in beeld. Afhankelijk van de contracten die een werkgever heeft afgesloten is er mogelijk toegang tot een arbeidsgerelateerd aanbod: bedrijfsfysiotherapeut, bedrijfsmaatschappelijk werk, arbeidshygiënist, arbopsycholoog en bedrijfsdiëtist. Over het algemeen hebben grote bedrijven een uitgebreider aanbod gecontracteerd dan kleine bedrijven. Dit leidt overigens niet automatisch tot betere verzuimcijfers. Die liggen bij kleine bedrijven juist lager (CBS, 2014). Een zzp'er zal al snel gebruikmaken van het reguliere zorgaanbod, aangezien dit (gedeeltelijk) vergoed wordt, terwijl het arbeidsgerelateerde aanbod voor eigen rekening komt.

Het Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekeringen (UWV) vervult de arbo-rol bij zogenaamde 'vangnetters'. Dit zijn zieke werklozen en zieke uitzendkrachten. Wel zien we dat steeds meer uitzendbureaus eigenrisicodrager worden voor de Ziektewet en zo zelf verantwoordelijk worden voor het verzuim en de re-integratie van zieke uitzendkrachten. Bij psychosociale problematiek kunnen werkenden ook gebruikmaken van het zorgaanbod van gemeenten. Tot slot zijn de gemeente en Gemeenschappelijke Gezondheidsdienst (GGD) verantwoordelijk voor de collectieve preventie.

3.2 Effectieve interventies

Interventies kunnen vanuit gezondheidsoogpunt bijdragen aan langer doorwerken. Een interventie is effectief wanneer deze het doel bereikt. Het doel van arbeidsgerelateerde zorg is om mensen weer zo gezond mogelijk aan het werk te krijgen of te voorkomen dat ze verzuimen en/of uitvallen. Een interventie is vervolgens kosteneffectief - oftewel doelmatig - als de kosten die ermee gepaard gaan in verhouding staan tot de opbrengsten. De kosteneffectiviteit van een interventie wordt berekend met een zogenaamde kosteneffectiviteitsanalyse (KEA), maar ook wordt steeds vaker gebruikgemaakt van maatschappelijke kosten-batenanalyse (MKBA) (RIVM 2014d en 2014e).

Er zijn veel interventies bedacht om duurzame inzetbaarheid te vergroten (zie bijvoorbeeld www.toolboxduurzameinzetbaarheid.nl). In dit advies clusteren we de interventies naar de gezondheidstoestand van de werkenden. Er zijn interventies gericht op:

1. werkenden met gezondheidsproblemen (curatie en tertiaire preventie);
2. werkenden met verhoogd risico op gezondheidsproblemen (secundaire preventie);
3. alle werkenden (primaire preventie).

1. Zieke werkenden (curatie en tertiaire preventie)

Interventies voor werkenden met gezondheidsproblemen zijn gericht op het goed behandelen van problemen en het beperken van de schadelijke gevolgen van de gezondheidsaandoening (curatie en tertiaire preventie). Op dit vlak worden verschillende effectieve interventies nu onvoldoende benut, zoals participatieve werkaanpassing bij lagerugklachten, activerende begeleiding en werkgerichte behandeling bij veelvoorkomende psychische klachten, en individuele plaatsing en steun (IPS) (Panteia, 2013). Deze drie interventies hebben gemeen dat er niet klachtencontingent wordt gewerkt, maar tijd- of procescontingent. Daarnaast zien we bij participatieve werkaanpassing bij lagerugklachten het belang van betrokkenheid van de werkende en werkgever enerzijds en van relevante professionals anderzijds (huisarts, bedrijfsarts, arbeidsgeneeskundige en medisch specialist).

Voorbeelden van curatieve en tertiaire preventieve interventies

De interventie *participatieve werkaanpassing bij lagerugklachten* is gericht op mensen die al geruime tijd verzuimen vanwege lagerugklachten. In een klinische setting overleggen alle betrokkenen - huisarts, bedrijfsarts, arbeidsgeneeskundige, medisch specialist, werkgever en werkende - welke werkaanpassingen nodig zijn. Vervolgens wordt de werkende uitgenodigd te reflecteren op zijn aangeleerde patronen en gestimuleerd om, onafhankelijk van de ontwikkeling van het klachtenniveau, in een opbouwtraject weer aan het werk te gaan (Panteia, 2013). Hoewel de interventie vanwege de grote inzet van medisch specialistische kennis relatief duur is, verdient deze zich terug. Volgens onderzoeker Han Adema levert iedere geïnvesteerde euro 26 euro op (Maassen, 2011).

Bij de interventie *activerende begeleiding en werkgerichte behandeling bij veelvoorkomende psychische klachten* werken psychologen tijds- en procescontingent in plaats van klachtencontingent. Onderdeel van de behandeling is mensen geleidelijk weer te laten werken, ongeacht de ontwikkeling van de klachten. Het ggz-aanbod lijkt vooralsnog niet volgens deze manier te werken.

De interventie *Individuele Plaatsing en Steun (IPS)* is gericht op werklozen met zware psychische problematiek. De kans om deze te laten re-integreren is groter door ze uitzicht te geven op een baan en ze gelijktijdig te ondersteunen vanuit de zorg. IPS blijkt duurder dan een regulier re-integratietraject. Hierbij is rekening gehouden met de maatschappelijke besparingen. De interventie leidt er wel toe dat meer mensen met zware psychische problematiek kunnen werken en dat voor deze mensen de kwaliteit van leven toeneemt.

2. Werkenden met een verhoogd risico op ziekten (secundaire preventie)

Interventies voor werkenden met een verhoogd risico op een aandoening richten zich vooral op secundaire preventie. Een voorbeeld van een dergelijke interventie is de depressiepreventie (Lexis, 2011). Op basis van screening, bekostigd door de werkgever, worden werknemers geïdentificeerd met milde tot matige depressieve klachten en met een verhoogd risico op verzuim. Aan deze werknemers word een geprotocolleerde interventie aangeboden die bestaat uit zeven basissessies met een psycholoog, met optioneel vijf vervolgsessies.

3. Alle werkenden (primaire preventie)
Interventies gericht op alle werknemers kunnen we scharen onder primaire preventie. Het doel hiervan is om risicofactoren te voorkomen. Denk aan interventies om bewegen te stimuleren, gezonde voeding te bevorderen en werkenden te helpen bij het stoppen met roken. Ook zijn er preventieve interventies om de werkomstandigheden te verbeteren, zoals voorlichting over verplaatsingstechniek (RIVM, 2013). Er is echter vooralsnog beperkt bewijs dat preventieve leefstijlinterventies op de werkplek een relatie hebben met verzuim, productiviteit en arbeidsongeschiktheid en dat ze kosten-effectief zijn (RIVM, 2008; Van Dongen et al., 2012). Toch is het aannemelijk dat vroegtijdige investering in een gezonde leefstijl loont.

Opvallend is dat effectieve interventies met name gericht zijn op doorwerken in het algemeen en niet op langer doorwerken van oudere werkenden specifiek. Uit studies van Brouwer et al. (2012), het RIVM (2013) en Cloostermans et al. (2014) blijkt dat er weinig bewijs is voor specifieke interventies gericht op de doelgroep oudere werkenden. Het RIVM komt op basis van de wetenschappelijk literatuur tot twee interventies: Vital@work en een bedrijfsgezondheidsprogramma voor ouderen met verhoogde kans op vroegpensioen (RIVM, 2013: 140). Dit roept de vraag op of deze interventies nog niet ontwikkeld zijn, of dat ze wel ontwikkeld zijn maar er nog maar beperkt onderzoek naar gedaan is, of dat het moeilijker is om met een gezondheidsinterventie op latere leeftijd participatie te verbeteren. Een reden kan zijn dat effectiviteit van preventie afneemt naarmate mensen ouder worden.

3.3 Redenen voor onderbenutting

Verschillende onderzoeksbureaus hebben schattingen gemaakt van vermijdbare kosten als gevolg van een niet goed werkend stelsel en onderbenutte interventies. TNO kwam op een schatting van 3 miljard euro (Steenbeek et al., 2011). Recenter kwam Panteia, op basis van een onderzoek naar onderbenutte effectieve interventies, op een schatting van 2,6 miljard euro (Panteia, 2013). Deze schattingen moeten echter met de nodige voorzichtigheid worden bezien: er liggen betwistbare aannames onder. Maar als er aanzienlijke kosten bespaard kunnen worden, is het een interessante vraag waarom deze interventies niet breed opgepakt worden door werkgevers, verzekeraars en werkenden zelf.

TNO (2012) en Panteia (2014) hebben onderzoek gedaan naar mogelijke redenen. De Raad komt op basis van deze onderzoeken en zijn eigen analyse tot de volgende mogelijke redenen.

Meerdere regisseurs
Meerdere partijen zijn verantwoordelijk voor de duurzame inzetbaarheid van werkenden, maar geen van hen heeft de uiteindelijke regierol (Panteia, 2014). Dit kan ertoe leiden dat geen van de partijen het initiatief neemt om een interventie in te zetten.

De werkgever ziet zichzelf wel als een regisseur en draagt ook het grootste financiële risico, maar heeft beperkt grip op de situatie. Zo mag hij bijvoorbeeld niet vragen naar de gezondheidstoestand van de werkende en heeft hij geen zeggenschap over wat deze in zijn privé-tijd doet. Professionals zoals bedrijfsartsen zien zichzelf niet als regisseur, maar eerder als procesbewaker en specialist in het vlot trekken van gestagneerde processen (Panteia, 2014). Opvallend is tot slot de beperkte betrokkenheid van werkenden zelf bij beleid om duurzame inzetbaarheid te vergroten, terwijl deze betrokkenheid kan leiden tot een grotere effectiviteit van interventies en een meer holistische benadering (de mens als geheel). Je kunt van een zorgverlener verwachten dat hij rekening houdt met de participatie-achtergrond van de werkende, maar de werkende kan zelf ook duidelijk maken aan de professional dat hij werkt en wenst dat hier zo veel mogelijk rekening mee gehouden wordt. Dat de gezamenlijke betrokkenheid van werknemers en werkgevers bij interventies een succesfactor kan zijn voor implementatie, laat het project Stay@work zien (zie kader).

Stay@work
Het project Stay@work was gericht op de aanpak van chronische rug- en nekklachten. Aan dit project namen werknemers, het management, arbocoördinatoren en onderzoekers deel in verschillende werkgroepen. In deze werkgroepen werden problemen gedefinieerd en opgelost (ZonMw, 2015). Om problemen op te lossen werden werknemers aangesteld als ergo-coach. Een analyse laat zien dat de methode helpt bij het herstel van mensen met bestaande rugklachten, maar niet bij preventie van nieuwe klachten. Desondanks zijn de bedrijven heel enthousiast en willen zij hiermee doorgaan.

Niet voor alle werkenden is het even makkelijk om deze verantwoordelijkheid op te pakken. Vooral werkenden met een matig tot laag werkvermogen hebben hier mogelijk moeite mee. Er zijn interventies ontwikkeld om deze verantwoordelijkheid te ondersteunen (zie bijvoorbeeld Wijzer met Welder). Het bewijs dat deze interventies ook kosteneffectief zijn ontbreekt nog (zie TNO, 2014b). Zowel met de ontwikkeling van interventies om werkenden beter in staat te stellen verantwoordelijkheid te nemen als met onderzoek naar de effectiviteit hiervan staan we nog aan het begin.

Verschillende belangen
Vaak zullen de belangen van werkgevers in lijn zijn met die van werknemers, maar soms kunnen ze ook strijdig aan elkaar zijn of kan in elk geval de perceptie bestaan dat ze strijdig zijn (RVZ, 2012). Mogelijk spelen er bijvoorbeeld arbeidsconflicten. Dit kan leiden tot wantrouwen tussen partijen, waardoor interventies niet van de grond komen. Hierbij speelt ook dat bij het inzetten van interventies gebruikgemaakt wordt van privacy-gevoelige informatie. Het risico bestaat dat deze informatie tegen de werkende gebruikt wordt. Zo kan een werkgever deze informatie voor selectiedoeleinden gebruiken. Daarnaast betaalt de werkgever de bedrijfsarts. Daardoor wantrouwt een deel van de werknemers de bedrijfsarts, hoewel deze een beroepsgeheim heeft. Dit leidt mogelijk ook tot wantrouwen tussen professionals uit de reguliere zorg en uit de arbeidsgerelateerde zorg die betaald worden door de werkgever (SER, 2014). Tot slot is er mogelijk een gebrek aan vertrouwen tussen wetenschap en praktijk. Werkgevers gaan niet uit van wetenschappelijke effectiviteit, maar meer van praktische effectiviteit (TNO, 2012b). Ze zullen sceptisch staan tegenover wetenschappelijk onderzoek, met name wanneer hierbij niet gekeken is naar kosteneffectiviteit. Het is ook de vraag hoe bekend werkgevers zijn met het onderzoek naar de wetenschappelijk bewezen interventies.

Financiering
Ook beperkte financieringsmogelijkheden worden aangedragen als een mogelijke reden waarom effectieve interventies niet van de grond komen. Zo is een probleem dat de opbrengsten van de interventies neerslaan bij verschillende partijen - werkgever, verzekeraar, de overheid en de werkende zelf - terwijl dit niet altijd dezelfde partijen zijn die uiteindelijk verantwoordelijk zijn voor de investering en de kosten dragen. Dat de baten en de kosten bij verschillende partijen neerslaan hoeft geen onoverkomelijk probleem te zijn. Een werkgever kan bijvoorbeeld met een zorgverzekeraar afspraken maken over de vergoeding van interventies. Een werkgever kan ook een eigen bijdrage vragen van een werknemer voor een interventie, maar dit zal in de praktijk waarschijnlijk zelden voorkomen. Een mogelijk probleem is echter dat bij veel interventies de kosteneffectiviteit niet bekend is, laat staan dat er inzicht bestaat in hoe de kosten en baten verdeeld zijn over verschillende partijen. Veel werkgevers - relatief vaak kleine bedrijven - blijken op dit moment geen uitgebreid arbocontract af te sluiten. Ook verzuim- en zorgverzekeraars investeren nog maar beperkt in interventies (Panteia, 2014).

Schaalaspecten
Ook een beperkte schaalgrootte kan een belemmering zijn. Er is enige specialisatie nodig om kennis op te bouwen en interventies te implementeren. Binnen een klein bedrijf of bij een zzp'er zal de ruimte hiervoor beperkt zijn. Grotere bedrijven met gespecialiseerde HR-afdelingen kunnen dit beter inrichten. Kleine bedrijven en zzp'ers kunnen deze

expertise inhuren. Een verzuimverzekeraar kan bijvoorbeeld mkb'ers een pakket aanbieden bestaande uit een verzuimverzekering, verzuim-management en de vergoeding van effectieve interventies. Tot slot is het bij een aantal interventies belangrijk dat er (tijdelijk) ander werk mogelijk is. Dit zal niet altijd kunnen, omdat hier niet binnen alle bedrijven ruimte voor is.

Volgens de SER kan goede bedrijfsgezondheidszorg onder meer geboden worden via een branchegerichte aanpak (SER, 2014). Uit onderzoek van Capgemini (2014) blijkt dat sectorale aanpakken in de bouw (Arbouw), in de agrarische en groene sectoren (Stigas) en in de sector transport en logistiek (Gezond Transport) een duidelijke toegevoegde waarde hebben. Voordelen van deze aanpakken zijn de aandacht voor preventie en de sectorspecifieke kennis en producten. Mogelijk dat meer sectorale en regionale aanpakken de inzet van kosteneffectieve interventies bevorderen, ook in kleinere bedrijven. Na verschijnen van het SER-advies is echter het bericht gekomen dat de bouwsector stopt met het financieren van Arbouw. Omdat de kosten van deze collectieve taken flink zijn gestegen, wil de sector dit overlaten aan commerciële partijen (Leupen en Olsthoorn, 2015).

Kortzichtigheid
Tot slot kan kortzichtigheid een reden zijn dat effectieve interventies onvoldoende benut worden. De investeringen gaan ver voor de opbrengsten uit. Doordat de opbrengsten in de toekomst liggen en met onzekerheid zijn omgeven, kan er een beperkte bereidheid zijn om te investeren. Daarnaast kunnen risico's onderschat worden: "dat overkomt mij niet".

De Raad merkt op dat deze redenen deels samenhangen met de inherente spanning in het stelsel. Verantwoordelijkheden en belangen verschillen. De Raad denkt dat realiteitszin nodig is over de mate waarin deze knelpunten opgelost kunnen worden. In een ander stelsel kunnen bepaalde knelpunten opgelost worden, maar kunnen er ook weer nieuwe ontstaan. Desondanks ziet de Raad mogelijkheden om vanuit een gezondheidsoogpunt meer bij te dragen aan langer doorwerken.

3.4 Bijdrage arbeidsgerelateerde zorg aan doorwerken

De Raad denkt dat er vanuit een gezondheidsoogpunt bijgedragen kan worden aan langer doorwerken. Van belang hiervoor is dat verschillende partijen hun verantwoordelijkheden oppakken, dat er een groter bewustzijn komt van risico's op uitval en verzuim, en dat werkenden, werkgevers en professionals het gesprek met elkaar aangaan over duurzame inzetbaarheid en indien nodig bereid zijn om tijdig (preventieve) maatregelen te nemen. Tot slot is het ook nodig dat de reguliere zorg meer rekening houdt met participatie.

Meer aandacht voor duurzame inzetbaarheid
Werknemers, werkgevers en professionals zouden ieder vanuit eigen rol en competenties verantwoordelijkheid moeten nemen voor duurzame inzetbaarheid. Werkenden zijn verantwoordelijk voor hun eigen inzetbaarheid. Ze zijn voor een belangrijk deel regisseur van eigen loopbaan, gaan over hun levensstijl en moeten veiligheidsmaatregelen op het werk naleven. Van werkgevers en opdrachtgevers mag verwacht worden dat zij zorgen voor veilige en gezonde arbeidsomstandigheden en rekening houden met privéomstandigheden van werkenden. Van zorgverleners mag verwacht worden dat zij werkenden en werkgevers ondersteunen bij het oppakken van deze verantwoordelijkheden, dat ze kennis inbrengen over effectieve interventies, dat ze rekening houden met de context van de patiënt en de participatie-achtergrond en dat ze oog hebben voor de verschillende belangen die er spelen.

Gesprek nodig over duurzame inzetbaarheid
Verantwoordelijke partijen zouden met elkaar het gesprek aan kunnen gaan over duurzame inzetbaarheid. Werknemers kunnen samen met werkgevers stilstaan bij inzetbaarheid, nu en in de toekomst. Aangezien gezondheidsrisico's en de context in de loop der tijd aan het veranderen zijn, moet dit gebeuren vanuit een levensloopperspectief. Binnen een bedrijf kan dit gekoppeld worden aan het functioneringsgesprek of persoonlijk-ontwikkelingsplangesprek (POP-gesprek). Een zzp'er moet hierop in principe zelf reflecteren, of samen met collega's zzp'ers, maar kan hier natuurlijk professionele ondersteuning bij inschakelen.

Bewust worden van risico's
Verschillende onderzoeks- en meetinstrumenten kunnen als basis dienen voor het gesprek over of de reflectie op duurzame inzetbaarheid. Deze instrumenten kunnen de werkgever, de werkende en de professional, zoals bijvoorbeeld de bedrijfsarts of de preventiemedewerker, bewust maken van risico's die nu en in de toekomst aanwezig zijn. Denk aan de risico-inventarisatie en evaluatie (RI&E), die de werkgever verplicht is om te maken, en het Periodiek Arbeidsgezondheidskundig Onderzoek (PAGO) waar werknemers wettelijk recht op hebben. Boven op deze verplichte instrumenten zijn er aanvullende nuttige instrumenten, zoals het Periodiek Medisch Onderzoek (PMO), de Work Ability Index (WAI) en de Balansmeter. Bij een PMO worden ook leefstijl en conditie in kaart gebracht. De WAI geeft het werkvermogen weer en kijkt naast gezondheid ook naar werkstress en de balans tussen werk en privé. De Balansmeter brengt verhoogde risico's op verzuim in kaart (vroegsignalering).

Inzet van (preventieve) interventies
Op basis van het gesprek over duurzame inzetbaarheid kunnen verantwoordelijke partijen de wens hebben om interventies in te zetten. Idealiter hebben partijen zicht op wat al dan niet werkt in bepaalde situaties

(database met effectieve interventies). Verschillende bewezen effectieve interventies zijn eerder in dit hoofdstuk besproken, maar er zijn er waarschijnlijk meer. Het betrof hier met name secundaire en tertiaire preventie en het rekening houden met re-integratie bij curatieve behandelingen. Verder is aannemelijk dat primaire preventie effectief is: het zorgen voor goede arbeidsomstandigheden en het vroegtijdig inzetten van leefstijlinterventies.

Zoals in het vorige hoofdstuk is geconcludeerd, is gezondheid slechts een van de factoren en zijn ook andere factoren belangrijk. Het is van belang dat deze context meegenomen wordt en dat er behalve naar gezondheid ook naar vaardigheden, werkeisen en privéomstandigheden wordt gekeken, en dat ook op deze vlakken interventies ingezet kunnen worden, al dan niet in combinatie met gezondheidsinterventies. Hierover meer in het volgende hoofdstuk.

Meer kennis nodig

Het valt de Raad op dat er weinig zicht is op de kosteneffectiviteit van interventies en op hoe de kosten en de baten neerslaan bij verschillende partijen. Dit kan implementatie van interventies in de weg staan. Implementatie-onderzoek kan een beter beeld geven van de reden waarom schijnbaar effectieve interventies niet breder geïmplementeerd worden. Er zijn daarentegen nauwelijks effectieve interventies bekend die specifiek gericht zijn op oudere werkenden en langer doorwerken. Ook is er weinig bekend over interventies gericht op ondersteuning bij het nemen van verantwoordelijkheid voor de eigen inzetbaarheid.

Ondersteunende collectiviteiten

Zoals we eerder geconstateerd hebben is er enige specialisatie nodig om kennis op te bouwen, risico-instrumenten in te zetten en interventies te ontwikkelen. Ook kunnen behalve individuele interventies ook collectieve programma's duurzame inzetbaarheid bevorderen. Werkenden, werkgevers en professionals kunnen dit gezamenlijk organiseren op bedrijfsniveau, binnen een regionaal netwerk of op brancheniveau, of kunnen deze expertise of collectieve interventies inkopen bij commerciële partijen zoals arbodiensten. Met oog op de verschillende wensen en behoeften zijn maatwerk en ruimte voor innovatie van belang.

Meer aandacht voor participatie in de reguliere zorg

Ook de reguliere zorg kan meer verantwoordelijkheid nemen voor duurzame inzetbaarheid van werkenden en kan meer rekening houden met participatie. Behalve dat participatie een belangrijke waarde is voor patiënten, versterkt dit ook het draagvlak voor sociale voorzieningen, waaronder het zorgstelsel zelf.

Doordat reguliere zorgverleners nu onvoldoende rekening houden met participatie, verzuimen werknemers onnodig lang. Hoe langer mensen buiten het arbeidsproces komen te staan, hoe moeilijker het is om terug te keren (RIVM, 2013). Ook de SER signaleert knelpunten bij de aandacht voor participatie in de reguliere zorg (SER 2014: 13): *"Onvoldoende kennis van de factor arbeid in de reguliere zorg kan leiden tot het lang uitblijven van de juiste diagnose en behandeling en daardoor tot langer verzuim dan nodig is".* Daarnaast, zo constateerde de Raad in het vorige hoofdstuk, kan werk onder goede omstandigheden juist herstel bespoedigen en bijdragen aan een betere gezondheid (werken als medicijn). De reguliere zorg is nu vooral gericht op het verbeteren van gezondheidsuitkomsten. Dit komt terug in de opleiding, de richtlijnen en de financiering.

Richtlijnen en kwaliteitsstandaarden
Voor mensen is gezondheid belangrijk, maar er zijn natuurlijk meer uitkomsten relevant, waarvan arbeidsparticipatie er een is. Mede doordat patiëntenorganisaties steeds beter betrokken worden bij het opstellen van richtlijnen en standaarden, wordt hierbij ook steeds meer rekening gehouden met participatiedoelen. Daarnaast is er inmiddels een zorgmodule arbeid ontwikkeld in opdracht van het Zorginstituut, die de komende jaren geïmplementeerd zal worden (CBO, 2014). Ook kan er in richtlijnen meer aandacht komen voor persoons- en werkgebonden hulpbronnen van de werkende (Hoendeman, 2014). Denk bijvoorbeeld aan regelmogelijkheden op het werk en het netwerk waar een patiënt al dan niet op terug kan vallen. Tot slot is toezicht op de implementatie van richtlijnen, protocollen en leidraden in de praktijk belangrijk. Juist de implementatie blijkt vaak achter te blijven.

Individuele zorgplannen
Ook individuele patiënten kunnen meer aandacht voor participatie afdwingen. Naarmate werkenden zich meer verantwoordelijk voelen voor hun eigen inzetbaarheid, zullen zij ook vaker participatie in hun zorgvraag meenemen. Individuele zorgplannen kunnen een impuls geven. Patiënten met chronische aandoeningen komen steeds vaker in aanmerking voor een individueel zorgplan (NPCF 2015). In dit plan stellen patiënten samen met zorgverlener doelen. Voor veel patiënten zal participatie een belangrijk doel zijn.

Pakketbeheer en bekostiging
Tot slot zouden participatiedoelstellingen ook in het pakketbeheer en de bekostiging een rol kunnen spelen.

Bij pakketbeheer gaat het dan met name om de beoordeling van kosteneffectiviteit en preventie. De richtlijnen van het Zorginstituut schrijven voor dat de effectiviteit van zorginterventies beoordeeld moet worden vanuit het maatschappelijke perspectief. Dit betekent dat ook de

arbeidsbaten meegenomen worden. Wel speelt hierbij dat in de praktijk het criterium kosteneffectiviteit niet systematisch toegepast wordt, omdat toepassing van het principe nog onvoldoende is vormgegeven en uitgekristalliseerd (College voor zorgverzekeringen, 2013: 10). Ook zijn er niet altijd gegevens over kosteneffectiviteit beschikbaar. Daarnaast kan preventie chronische aandoeningen en beperkingen voorkomen en zo participatie bevorderen (Rijksoverheid 2013). Geïndiceerde preventie maakt onderdeel uit van het basispakket. Wel wordt er ook hier gekeken naar de effectiviteit en de kosteneffectiviteit.

Wat betreft de bekostiging valt op dat deze in de reguliere zorg meestal productiegedreven is, op basis van consulten en dbc's. Deze bekostigingssystematiek kan er wellicht toe leiden dat zorgverleners te weinig rekening houden met de participatie-achtergrond van patiënten, omdat zij hier niet voor beloond worden en dit ten koste kan gaan van de omzet. Kansrijk is de bekostiging op uitkomsten, maar dan moeten behalve gezondheidsuitkomsten ook participatie-uitkomsten beloond worden.

3.5 Conclusie

Werkenden, werkgevers en ondersteunende professionals hebben verschillende verantwoordelijkheden en zijn vanuit uiteenlopende rollen en competenties verantwoordelijk voor duurzame inzetbaarheid. In de praktijk leidt dit niet altijd tot een goed functionerende arbeidsgerelateerde zorg en zijn er de nodige knelpunten. Zo worden nu verschillende kosteneffectieve interventies onderbenut. Een deel van de redenen voor deze onderbenutting hangt samen met de inherente spanning in het stelsel. Er is niet één regisseur, en belangen verschillen. Hoewel er realiteitszin nodig is over de mate waarin deze imperfecties opgelost kunnen worden, ziet de Raad mogelijkheden om vanuit een gezondheidsoogpunt meer bij te dragen aan langer doorwerken. Partijen moeten in elk geval met elkaar in gesprek over duurzame inzetbaarheid, moeten zich meer bewust worden van de risico's over de levensloop en moeten indien nodig preventieve maatregelen nemen. Ook reguliere zorgverleners dienen meer aandacht te hebben voor participatiedoelen. Met name via richtlijnen, kwaliteitsstandaarden en individuele zorgplannen kan dit gestimuleerd worden.



Amsterdam, 2014

4 Gezondheid in relatie tot andere factoren

De Raad is zich ervan bewust dat gezondheid slechts een van de aspecten is bij langer doorwerken en dat er ook andere belangrijke factoren zijn. Over de interactie van deze factoren met gezondheid gaat dit hoofdstuk. Achtereenvolgens worden besproken: een veranderende arbeidsmarkt, mogelijkheden om werk aan te passen, overgang van werk naar pensioen, en percepties over langer doorwerken.

4.1 Veranderende arbeidsmarkt

De toekomstige vraag wordt beïnvloed door een veranderende arbeidsmarkt. Daarmee bedoelen we de veranderende economische structuur, andere arbeidsverhoudingen en een andere manier van werken in organisaties. Deze veranderingen brengen kansen en bedreigingen met zich mee.

De economische structuur
Er werken steeds meer mensen in de zorg en de commerciële dienstverlening en steeds minder in traditionele sectoren zoals de industrie, de landbouw en de bouw. Steeds minder mensen doen zwaar lichamelijk werk (SCP, 2015). Vooral het aandeel van personen werkzaam in de zorg als fractie van de totale werkgelegenheid neemt de komende jaren waarschijnlijk toe (CPB, 2011). In dit opzicht is het zorgelijk dat de zorgsector een hoog verzuim kent (meer dan 5% ten opzichte van 4% gemiddeld) en een hoge instroom in arbeids-ongeschiktheid (RIVM, 2014f) Er ligt een maatschappelijke uitdaging voor de zorgsector om het verzuim terug te dringen.

Veranderende arbeidsverhoudingen
Het aandeel van zpp'ers in de beroepsbevolking is gegroeid van 6,2% in 1996 naar 9,8% in 2010 en zal waarschijnlijk nog verder toenemen (CPB, 2012a). Daarnaast is het aantal flexwerkers toegenomen. Van alle werknemers met een baan voor minimaal 12 uur per week in 2013 (6,1 miljoen) had 20% een flexibele arbeidsrelatie. Dit aandeel bedroeg in 2003 nog 13% (CBS, 2015). Ook zien we het fenomeen payrolling, waarbij bedrijven verantwoordelijkheden voor werkgeverschap uit handen geven en het personeel in dienst komt bij een payrollbedrijf (Wilthagen et al., 2012). Tot slot zien we dat er steeds meer werkenden meerdere banen hebben, van 3% in 1986 naar 8% in 2012 (SCP, 2015). Volgens het SCP lijkt deze trend van stapelbanen gelijk op te lopen met de toename van het aandeel zelfstandigen.

Anders werken binnen organisaties
Van steeds meer werknemers wordt gevraagd om over te gaan naar het nieuwe werken, waarbij privé en werk steeds meer met elkaar verweven raken

(RVZ, 2012). Daarnaast wordt het werk binnen organisaties steeds vaker anders vormgegeven: van het werken in een verticaal aangestuurde organisatie naar meer horizontale zelfsturende teams (Van der Klink et al., 2010). Het is de vraag of dit soort ontwikkelingen zich breed gaan doorzetten of dat ze beperkt blijven tot organisaties met relatief hoogopgeleid personeel.

Tabel 4.1 Veranderingen in de arbeidswereld: van traditioneel naar modern

Traditioneel	Modern
Externe omgeving	
Monocultuur	Diversiteit
Vervroegde uittreding	Langer doorwerken
Organisatie omgeving	
Stabiele omgeving	Continue verandering
Baan voor het leven	Toekomstonzekerheid
Individuele prestatie	Werken in teams
Verticale structuur	Horizontale structuur
Extern toezicht en controle	Zelfcontrole (empowerment)
Afhankelijk van de organisatie	Eigen verantwoordelijkheid (employability)
Vaste werkplek en werktijden	Variabele werkplek en werktijden (boundarylessness)
Arbeidsomgeving	
Fysieke arbeid	Mentale en emotionele arbeid
Accumulatie van ervaring	Levenslang leren (creativiteit en innovatie)
Minder hoge werkdruk en meer recuperatie	Intensivering van de arbeid

Bron: Van der Klink et al. (2010)

Deze ontwikkelingen leiden tot nieuwe kansen en bedreigingen.

Kansen van een veranderende arbeidsmarkt
Kansen zijn met name de flexibiliteit als die tot meer regelmogelijkheden voor werkenden leidt, en grotere verantwoordelijkheden als die tot meer motivatie leiden. In dat geval hebben werkenden in de toekomst meer invloed op hun werktijden en de inhoud van het werk. Zo kunnen ze de belastbaarheid van werk op hun gezondheid binnen de perken houden, bijvoorbeeld door tijdig rustpauzes te nemen en oefeningen te doen. Ook kan men zo beter betaald werk met vrijwilligerswerk en mantelzorg combineren.

Bedreigingen van een veranderende arbeidsmarkt
Bedreigingen zijn de hogere (mentale en emotionele) werkeisen, de geringere ondersteuning en het wegvallen van zekerheid. Grotere verantwoordelijkheden kunnen ook tot stress leiden. Niet elke werkende kan hier even goed

mee omgaan. Mensen kunnen minder beroep doen op de ondersteuning die nu binnen grotere bedrijven geregeld is; zij moeten zelf meer oppakken. Tot slot kan een toenemende onzekerheid over werk en inkomen leiden tot meer stress.

4.2 Mogelijkheden om het werk aan te passen

De Raad verwacht dat een beter functionerend zorgaanbod en meer effectieve preventieve interventies bijdragen aan het werkvermogen. Desondanks blijven er werkenden die naarmate ze ouder worden te maken krijgen met een afnemend werkvermogen. Hierbij speelt mee dat werk in Nederland als topsport gezien kan worden. We kennen in Nederland in internationaal opzicht een heel hoge productiviteit. Het is echter de vraag of alle werkenden deze hogere productiviteit hun hele arbeidsleven kunnen volhouden. Te hoge werkeisen in combinatie met minder hulpbronnen (zoals regelmogelijkheden, motivatie, ondersteunend netwerk, kennis en vaardigheden) leiden tot groter risico op verzuim en uitval.

Het is interessant om te kijken waar werkenden met chronische ziekten naar eigen zeggen het meeste behoefte aan hebben. Uit onderzoek van TNO (2014c) blijkt dat vooral flexibele werktijden, minder werkuren en verandering in de soort werktaken veelvoorkomende maatregelen zijn die ook als meest effectief ervaren worden. De meeste behoefte blijkt er te zijn aan een lagere werkdruk (31% onder 922 respondenten).
Via het aanpassen van de werkeisen en omstandigheden kan er evenwicht ontstaan tussen eisen en hulpbronnen. Gedacht kan hier worden aan *job engineering,* ontziemaatregelen en overbruggingsbanen.

Job engineering
Mogelijke oplossingen voor een disbalans en uitval zijn aanpassing van het werk, ander werk en minder werken. Een middel hiervoor is het zogenoemde *job engineering.* Hieronder verstaan we: *"een breed palet aan sleutel-mogelijkheden om op taakniveau baanbeweging te creëren"* (TNO/NSvP, 2014). Er wordt bij job engeneering onderscheid gemaakt tussen *jobcrafting* en *jobcarving*. Onder jobcrafting verstaan we dat een individu, eventueel in samenspraak met zijn werkgever, zijn baan dusdanig herstructureert dat de eisen meer in evenwicht komen met de hulpbronnen. Dit is een vraag-gerichte benadering. Bij *jobcarving* gaat het om het herschikken van taken. Zo kunnen er bij verschillende functies geschikte taken gevonden worden voor een oudere werkende met een lager werkvermogen, bijvoorbeeld taken die minder zwaar zijn of gepaard gaan met meer regelmogelijkheden. Deze taken kunnen gebundeld worden en zo tot een nieuwe functie leiden. Dit is een meer aanbodgerichte benadering.

Ontziemaatregelen
Behalve het werk aanpassen of veranderen kunnen ontziemaatregelen getroffen worden, zoals extra verlof en uitsluiten van overwerk. Er is een discussie gaande over de effectiviteit van ontziemaatregelen (zie SEOR, 2011; RIVM, 2013). Voordelen van ontziemaatregelen zijn dat ouderen langer actief blijven doordat ze minder snel uitvallen en gezondheidsproblemen voorkomen kunnen worden. Er zijn ook nadelen aan ontziemaatregelen. Ten eerste kunnen ze bijdragen aan negatieve beeldvorming ten opzichte van ouderen (RIVM, 2013). Ten tweede verhogen ze de kosten van ouderen voor werkgevers, waardoor die minder aantrekkelijk worden en minder snel aangenomen worden. Voor het doen van uitspraken over effectiviteit van ontziemaatregelen is volgens SEOR meer empirisch onderzoek nodig. Een interessante vraag die zij daarnaast opwerpen is hoe ontziemaatregelen selectiever ingezet zouden kunnen worden, zodat de effectiviteit vergroot wordt en de kosten beperkt blijven.

Overbruggingsbanen
In de VS zien we dat veel mensen tussen de voltijdcarrièrebaan en pensionering kiezen voor een overbruggingsbaan (CPB, 2013a). Een abrupte overgang van voltijdbaan naar pensioen is hier eerder uitzondering dan regel. Deze banen worden over het algemeen aangenomen tegen een lager loon (AARP, 2009). Volgens het CPB is het opvallend dat: *"het loonverschil gedeeltelijk of zelfs geheel wordt gecompenseerd door betere werkomstandigheden. Werknemers in overbruggingsbanen zijn vaker zelfstandig (24% vs. 12%), hebben vaker flexibele werktijden (45% vs. 27%) en worden minder vaak met stress geconfronteerd (36% vs. 65%). Dit leidt ertoe dat de werktevredenheid in de overbruggingsbaan hoger is (91% vs. 79%)"* (CPB, 2013a: 48).

Impliciet contract tussen jong en oud
Het is niet wetenschappelijk bewezen dat ouderen minder productief zijn dan jongeren (Van Ours, 2014). Het is moeilijk om van een individuele werknemer de productiviteit te bepalen; productiviteit wordt meestal gemeten op groepsniveau. Daarnaast zal de productiviteit verschillen per type werkzaamheden; bij zwaar lichamelijk werk zal een werkenden eerder te maken krijgen met een vermindering van het werkvermogen dan bij bijvoorbeeld bij wetenschappelijk onderzoek. Wel stijgen in Nederland de lonen relatief veel met het toenemen van leeftijd en ervaring, wat volgens het CPB een reden kan zijn waarom ouderen moeilijk aan het werk kunnen komen wanneer zij hun baan verliezen (CPB, 2012b). In Scandinavische landen stijgen de lonen veel minder naarmate de leeftijd en ervaring toenemen dan in Nederland, waardoor ouderen relatief aantrekkelijker zijn voor de arbeidsmarkt. Door het relatieve hoge loon kan het voor oudere werkenden moeilijker zijn om van baan of functie te wisselen, ook al zou dit vanuit een gezondheidsoogpunt wenselijk zijn, bijvoorbeeld wanneer de arbeidsomstandigheden binnen een functie (kan zowel fysiek als mentaal zijn) te zwaar zijn en hierdoor het risico op verzuim en uitval groot is. Overstappen kan immers consequenties voor het loon hebben.

Ruime versus krappe arbeidsmarkt

Op dit moment hebben we te maken met een ruime arbeidsmarkt. Voor veel mensen - jong en oud - is het moeilijk om een baan te vinden. In de toekomst bestaat de mogelijkheid dat de economie aantrekt en we te maken krijgen met een krappe arbeidsmarkt. Als de vraag naar arbeid toeneemt, zullen ook oudere werknemers hiervan profiteren; ze vinden eerder een baan en werkgevers zullen bereid zijn om meer te investeren in duurzame inzetbaarheid.

Internationale voorbeelden: werkaanpassing, parttime werken en flexibele pensionering in Scandinavische landen.

Scandinavische landen scoren hoog op participatie van ouderen. Een mogelijke reden is het actieve arbeidsmarktbeleid in deze landen, de mogelijkheid tot aanpassingen van het werk en de flexibele pensioensystemen.

Zweden

Zweden kent een sterk gereguleerde arbeidsmarkt gericht op activering. Er zijn programma's gericht op het omscholen en re-integreren van werklozen met een chronische aandoening (Burstrom et al., 1999). Het Zweedse beleid kent ook een flexibel pensioensysteem: Zweden tussen 61 en 67 jaar kunnen kiezen wanneer ze willen beginnen met hun pensioen en er is geen bovengrens aan hoe lang doorgewerkt mag worden. Dit pensioensysteem werkt progressief - hoe langer je werkt, hoe hoger het pensioen - maar focust zich, naast het bestrijden van leeftijdsdiscriminatie, voornamelijk op financiële doorwerkvoordelen (Tikkanen et al., 2011).

Denemarken

In Denemarken is een flexbaansysteem ontwikkeld waarin *flexicurity* centraal staat: een flexibel ontslagrecht in combinatie met een proactief banenmarktbeleid (PHRC, 2009). Zo worden er voor oudere werkenden met een verminderd arbeidsvermogen - bijvoorbeeld door chronische aandoeningen - die voorheen gebruik zouden maken van een vervroegde uittredingsregeling flexbanen vrijgemaakt (Eurofound, 2012). Een genoemd probleem is echter dat mogelijk flexbanen aan chronisch zieken worden vergeven die zonder het programma ook een baan hadden gevonden. Naast de flexibele arrangementen aan het eind van de loopbaan is ook hier een combinatie van werk en vervroegd pensioen mogelijk (Verveen, 2005).

Noorwegen

Noorse doorwerkbonussen stimuleren een langer werkleven, maar men heeft vanaf 62 jaar ook het recht om parttime te werken (Vennesland en Nergaard, 2013). Ook zijn er seniorenmaatregelen, zoals arbeidsduurverkorting met betalingscompensatie en flexibelere werktijdenregelingen.

4.3 Geleidelijke overgang van werk naar pensioen

We leven gemiddeld genomen langer zonder beperkingen en zijn gegeven onze geestelijke en fysieke gezondheid goed in staat om te blijven werken. Maar de mate van gezondheid is ongelijk verdeeld over de beroepsbevolking. Voor sommige mensen - veelal hogeropgeleiden met interessante banen - komt de pensioenleeftijd eerder te vroeg; voor anderen - mensen met een minder goede gezondheid - komt deze te laat. Pleit dat er niet voor om gezondheid en levensverwachting te betrekken in overwegingen rondom langer doorwerken en om de pensioenleeftijd variabel te maken? Deze vragen passen in een discussie over pensioenen. Het huidige kabinet heeft aangegeven hierover een brede maatschappelijke discussie te willen voeren.

De volgende overwegingen zijn hierbij van belang:

- De pensionering in Nederland is veranderd van een lang van te voren vaststaande en abrupte overgang van een werkend naar een niet-werkend leven in een transitie met vele vrijheidsgraden (Henkes, 2010). De pensionering strekt zich meestal uit over een aantal jaren, waarin veel werkenden ‘voorsorteren’ op het verlaten van de arbeidsmarkt, maar soms ook weer ‘doorstarten’ (Henkes et al., 2013). Een afnemende gezondheid blijkt het proces van ‘voorsorteren’ te versnellen (Damman en Henkes, 2013).

- Door de toenemende verschillen in levensverwachting tussen verschillende sociaaleconomische groepen is een uniforme pensioenleeftijd niet eerlijk en weinig effectief, betogen Bovenberg et al. (2006). Het is niet eerlijk omdat groepen met een hoog sterfterisico bijdragen aan de pensioenen van groepen met een laag sterfterisico, en niet erg effectief doordat pensioenkosten naar alle waarschijnlijkheid dreigen te verschuiven naar kosten voor arbeidsongeschiktheid. Dit is een reëel probleem: mannen die fysiek zwaar werk verrichten zijn eerder geneigd uit te treden (Münderlein et al., 2013).

- Uittreding uit het arbeidsproces hangt veeleer samen met individuele kenmerken dan met kenmerken van de generositeit van pensioenstelsels in landen (Münderlein et al., 2013). Mensen met een hogere autonomie in hun baan hebben een grotere kans om te blijven participeren.

Collectieve of individuele arrangementen?
Pensioenregelingen in Nederland zouden meer individuele keuzevrijheid en mogelijkheden tot maatwerk mogen bieden, maar tegelijkertijd moeten de voordelen van een collectief stelsel niet uit het oog verloren worden (CPB/Netspar, 2014). Collectieve contracten hebben meerwaarde vanwege de mogelijkheid om schokken te delen met toekomstige generaties. Bovendien zouden deelnemers aan pensioenregelingen vanwege kortzichtigheid te

weinig betalen voor een adequaat pensioen. Toch is er wat voor te zeggen om mensen meer eigen verantwoordelijkheid te geven, waardoor deelnemers hun pensioen beter kunnen afstemmen op hun individuele situatie. Met het oog op langer doorwerken in relatie tot gezondheid moeten we nadenken over meer flexibiliteit en maatwerk bij pensionering. De SER adviseert - na een analyse van varianten voor een pensioenstelsel - om de variant 'persoonlijk pensioenvermogen met collectieve risicodeling' verder te onderzoeken (SER, 2015).

4.4 Percepties over langer doorwerken

Beelden of percepties die werkenden en werkgevers hebben van langer doorwerken blijken belangrijk voor het feitelijk langer doorwerken. Doorslaggevend voor werkenden blijkt vooral de beleving van de invloed van de sociale omgeving, met name de opvattingen van de partner. Voor werkgevers zijn cao en wet- en regelgeving op het eerste gezicht het meest van betekenis, maar onderzoek naar het aannemen van oudere werkenden laat zien dat percepties van de oudere werkenden zelf een belangrijke drempel kunnen zijn om ouderen aan te nemen (Van Oosterhout en Breij, 2014; SEO, 2012).

Zo verschillen werkgevers en werknemers in hun idee over welke functie-aspecten ertoe doen bij oudere werknemers. Volgens werkgevers scoren ouderen hoog op zachte kwaliteiten zoals betrouwbaarheid, betrokkenheid bij het werk, nauwkeurigheid, sociale vaardigheden en klantgerichtheid, maar minder hoog op harde kwaliteiten zoals creativiteit, flexibiliteit, opleidingsbereidheid, fysieke belastbaarheid en de toepassing van nieuwe technologieën, terwijl zij deze laatste juist hoog aanslaan. Werknemers zijn juist van mening dat de zachte aspecten ertoe doen (NIDI, 2007; Van Dalen et al., 2009; SEOR, 2011). Als werkgevers wel positief zijn over de zachte kwaliteiten, dan nemen ze oudere werknemers vaker aan (SEO, 2012).

Werkgevers maken bij sollicitanten een afweging tussen de verwachte opbrengsten en potentiële kosten. De verwachte opbrengsten zijn gerelateerd aan de arbeidsproductiviteit, die weer afhangt van het menselijk kapitaal van werknemers. SEO constateert dat de feitelijke arbeidsproductiviteit kan worden onderschat, bijvoorbeeld omdat werkgevers het risico op ziekte-verzuim te hoog inschatten (SEO, 2012: 32). Een negatieve inschatting van de productiviteit van oudere werknemers blijkt inderdaad tot een lagere aannamekans te leiden.

Werkgevers met negatieve percepties of vooroordelen nemen vaker negatieve besluiten ten opzichte van oudere werknemers rondom werving en selectie, training, promotie en uittreding (SEOR, 2011). Een uitvloeisel daarvan kan zijn dat percepties en gedrag elkaar versterken. Oudere werknemers blijven

zo vaker aan de kant staan en kunnen zich minder goed ontwikkelen, wat de beeldvorming alleen maar versterkt.

Maar het kan ook andersom. SEO constateert dat zowel werkgevers die relatief veel oudere werknemers in dienst hebben als leidinggevenden die zelf ouder zijn, vaker oudere sollicitanten aannemen (SEO, 2012). Gewenning en ervaring zouden belangrijke factoren zijn bij besluiten over het aannemen van oudere werknemers, evenals de waardering van de zachte kwaliteiten, zoals hiervoor omschreven. Omdat als gevolg van de vergrijzing ook het personeelsbestand van bedrijven zal verouderen, zijn de onderzoekers positief gestemd over het toekomstige aannamebeleid voor oudere werknemers.

Het voorgaande maakt de invloed van percepties over langer doorwerken zichtbaar. Het lijkt dan ook van belang om te investeren in beeldvorming: het geven van informatie en aandacht schenken aan taal en beeld.

Vergroot de informatie over verwachtingen bij werkgevers
Proefplaatsing en verlengde proeftijd zorgen voor een grotere aannamekans van werkzoekende oudere werknemers (SEO, 2012). Dit suggereert dat onzekerheden voor werkgevers moeten worden weggenomen en dat verwachtingen vaker zijn gebaseerd op feiten. Vooroordelen te lijf gaan met kennis dus.

Perspectiefrijk of veelzijdig arbeidsleven: taal en beeld
Tot nog toe dragen allerlei beleidsmaatregelen in hun bewoordingen niet bij aan een positievere beeldvorming: oudere werknemers moeten worden 'verleid tot duurzame inzetbaarheid', en er zijn 'ontziemaatregelen' voor de oudere werknemer. Proefplaatsing en verlengde proeftijd zouden effectieve maatregelen zijn: onzekerheid van werkgevers die het 'aandurven' om een oudere aan te nemen werd daardoor weggenomen. Dat suggereert dat oudere werknemers aantrekkelijk gemaakt moeten worden, wat afbreuk doet aan de beeldvorming. Wellicht moeten we vaker kijken naar de levensloop als geheel en moeten we ouderen niet als aparte groep bestempelen en niet spreken over duurzame inzetbaarheid van de oudere werknemer, maar over duurzame inzetbaarheid gedurende het gehele leven: Van Oosterhout en Breij (2014) spreken liever over een perspectiefrijk of veelzijdig arbeidsleven.

4.5 Conclusie

Er is een interactie tussen gezondheid en andere factoren. Ten eerste verandert de arbeidsmarkt, en dit brengt voor duurzame inzetbaarheid kansen met zich mee in de vorm van autonomie en regelmogelijkheden, maar ook bedreigingen in de vorm van onzekerheid en minder ondersteuning. Ten tweede zijn er mogelijkheden om werk aan te passen. De Raad constateert dat dit interessant kan zijn om mensen die onverhoopt te maken krijgen met verminderd werkvermogen of die uitgekeken zijn op hun huidige baan te laten blijven participeren. Ten derde oppert de Raad in dit kader de mogelijkheid van een geleidelijke overgang van werk naar pensionering. Ten vierde is de beeldvorming over oudere werkenden en de perceptie over langer doorwerken van belang. Bij het beleid om langer doorwerken te bevorderen moet hier rekening mee gehouden worden: zorg voor informatie over verwachtingen, denk aan taal en beelden.



Café het Mandje, Amsterdam, 2015

5 Conclusie

In dit hoofdstuk beantwoordt de Raad de vraagstelling, agendeert hij een aantal maatschappelijke vraagstukken die raken aan het advies en volgen drie aanbevelingen.

5.1 Beantwoorden van de vraagstelling

Van Burgers wordt in de toekomst verwacht dat ze langer doorwerken dan nu het geval is.

Gezondheid is een belangrijke determinant voor werkvermogen en inzetbaarheid. Andersom kan onder goede arbeidsomstandigheden werk ook leiden tot een betere gezondheid. Gemiddeld genomen zullen werkenden over voldoende gezondheid en werkvermogen beschikken om langer door te kunnen werken. Een aantal werkenden zal echter naarmate zij ouder worden te maken krijgen met een verslechterende gezondheid en mogelijk verminderde inzetbaarheid. Hiertussen bestaat geen een-op-eenrelatie. Werkvermogen wordt bepaald door de interactie van gezondheid met andere factoren zoals de aard van het werk, de werkomstandigheden, eisen aan de combinatie van werk en privé, normen en waarden, competenties en inkomen. De context is dus ook van belang. Zowel de gezondheid als de context zal gedurende de levensloop veranderen en beide factoren hebben invloed op elkaar. De Raad stelt daarom dat het van het belang is om het levenslooperspectief bij langer doorwerken centraal te stellen, en daarbij rekening te houden met verschillen tussen vrouwen en mannen.

Werkenden, werkgevers en ondersteunende professionals zijn allen vanuit verschillende rollen en competenties verantwoordelijk voor duurzame inzetbaarheid. In de praktijk blijkt de invulling van deze verschillende verantwoordelijkheden niet altijd tot een goed functionerend zorgaanbod te leiden en zijn er de nodige knelpunten. Zo is de rol van de werkenden zelf nog te beperkt, is er onvoldoende aandacht voor preventie en moet de reguliere zorg meer rekening houden met participatie. Dit leidt ertoe dat werkenden en werkgevers onvoldoende nadenken over hun inzetbaarheid over de levensloop. De Raad ziet zo mogelijkheden om te anticiperen op risico's voor uitval en om deze te voorkomen of te verminderen. Deze mogelijkheden blijken uit een aantal kosteneffectieve interventies die nu niet volledig benut worden.

Er zijn wel algemene interventies, maar er blijken nauwelijks specifieke effectieve interventies te zijn die gericht zijn op de participatie van oudere werkenden. Onduidelijk is of deze nog niet ontwikkeld zijn of dat het moeilijker is om met een gezondheidsinterventie op latere leeftijd

participatie te verbeteren. Er is in elk geval beperkt onderzoek naar gedaan. Vanuit de constatering dat er op latere leeftijd weinig effectieve interventies zijn, is het belangrijk om chronische aandoeningen en beperkingen te voorkomen.

Ondanks deze mogelijkheden blijven er werkenden die naarmate ze ouder worden te maken krijgen met een afnemend werkvermogen, bijvoorbeeld vanwege beperkingen. Interventies als *coaching*, meer regelmogelijkheden, werkaanpassingen, *job engineering* en het verminderen van de werkdruk kunnen er mogelijk toe bijdragen dat deze werkenden kunnen blijven participeren. Wel is er meer zicht nodig op de effectiviteit van deze maatregelen. Ook dient bij deze maatregelen aandacht te zijn voor de gevolgen op de beeldvorming rond oudere werkenden.

De Raad ziet verschillende mogelijkheden om vanuit een gezondheids-oogpunt bij te dragen aan doorwerken: een werkgever of opdrachtgever die zorgt voor een gezonde en veilige werkplek, een zorgaanbod dat rekening houdt met arbeidsparticipatie en arbeidsgerelateerde zorg en de inzet van kosteneffectieve preventieve en curatieve interventies.

5.2 Complexe maatschappelijke vraagstukken

Uit de analyse in dit advies komen een aantal vraagstukken naar voren die buiten de focus van het advies vallen, maar die de Raad wel belangrijk vindt om te agenderen. Dit zijn complexe maatschappelijke vraagstukken waarover verder publiek debat nodig is:

Wie gaat investeringen financieren: een solidariteitsvraagstuk
Om de risico's op uitval te verminderen en mensen met verminderd werkvermogen te laten participeren zijn investeringen nodig. Deze investeringen leiden potentieel tot maatschappelijke opbrengsten. Denk aan de kwaliteit van leven van werkenden, gezondheid, productiviteit en minder uitkeringslasten. De vraag is echter wie deze investeringen moet financieren: werkgevers, werkenden zelf of de overheid? Een belangrijk criterium voor dit financieringsvraagstuk zou het profijtbeginsel kunnen zijn: wie profiteert van de investering moet deze ook betalen. Het probleem is echter dat de opbrengsten onduidelijk zijn en dat ze verdeeld zijn over verschillende partijen. Wat gebeurt er bijvoorbeeld als een werkgever nu investeert in preventie en een werknemer vervolgens naar een ander bedrijf overstapt? Ook kunnen de middelen ontbreken, bijvoorbeeld doordat werkgevers sterk op de loonkosten moeten letten of werkenden slechts een beperkt inkomen hebben. Uiteindelijk speelt er ook een solidariteitsvraagstuk. Hoe solidair zijn we met werkenden die hun werkvermogen verliezen, en maakt het een verschil of werkenden dit zelf hadden kunnen voorkomen?

Mogelijke schaduwzijde succes Wet verbetering poortwachter
De Wet verbetering poortwachter is effectief geweest om verzuim en uitval terug te dringen, maar heeft ook een schaduwzijde. Er zijn in theorie prikkels voor werkgevers om werknemers met hogere gezondheidsrisico's minder snel aan te nemen of om onder deze risico's uit te komen, bijvoorbeeld door met zzp'ers te gaan werken of over te gaan op payrolling. Het is de vraag of instituties zo te hervormen zijn dat perverse prikkels afnemen en de risico's op afwenteling kleiner worden.

Ethische vragen rond bemoeienis van werkgever
De grote financiële prikkels van werkgevers voor de gezondheid van hun werknemers leiden ertoe dat werkgevers financiële risico's lopen met het privégedrag van hun werknemers. Een belangrijke vraag is hoe ver de bemoeienis van werkgevers mag gaan. Steeds meer werkgevers stimuleren een gezonde leefstijl, maar wat als het in plaats van belonen om straffen gaat? Mogen werkgevers bijvoorbeeld rokers weigeren bij een vacature? En mogen werkgevers werkenden stimuleren om prestatieverhogende middelen te nemen? Een normatieve analyse van de bemoeienis van werkgevers met de leefstijl en levensloop van werkenden ontbreekt nog. Wanneer is deze bemoeienis moreel te rechtvaardigen? Zet deze niet de deur open naar betutteling, drang of dwang? Wat zijn de argumenten en dilemma's? Nieuwe medische mogelijkheden (zoals het invriezen eicellen en DNA-onderzoek) en maatschappelijke verplichtingen (zoals verhoging van de pensioenleeftijd) maken deze vragen relevant en actueel. Het Centrum voor Ethiek en Gezondheid (CEG), een samenwerkingsverband van de RVZ en de Gezondheidsraad, zal dit thema verder uitwerken.

5.3 Aanbevelingen

De Raad wil dit advies besluiten met drie aanbevelingen.

1. Duurzame inzetbaarheid dient vanuit de levensloop te worden aangepakt.
Duurzame inzetbaarheid dient expliciet op de agenda te staan van het overleg tussen werkgever en werknemer. Waar nodig dient de ondersteunende (zorg) professional bij dit overleg te worden betrokken. Binnen een bedrijf kan dit gesprek gekoppeld worden aan de HR-cyclus. In dit gesprek moet aandacht zijn voor vragen over gezondheid, employability, arbeidsomstandigheden en de combinatie van werk en privé, nu en in de toekomst. Als basis voor deze dialoog kunnen instrumenten dienen die partijen bewust maken van risico's rond arbeidsomstandigheden (RI&E), gezondheid (PMO) en de combinatie van werk en privé (WAI en Balansmeter). Dit gesprek kan leiden tot de wens om bepaalde interventies in te zetten. Betrokken professionals zoals bedrijfs-artsen moeten zicht hebben op (kosten-)effectiviteit van interventies. Dit kunnen gezondheidsinterventies zijn, maar het kan ook gaan om scholing,

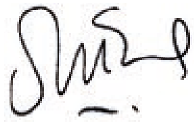
werkaanpassingen en mantelzorgondersteuning. Een zzp'er moet hier in principe zelf op reflecteren, maar kan hier ook professionele ondersteuning bij inschakelen. Ook kunnen zzp'ers zich organiseren of zich aansluiten bij een (regionaal) netwerk. Een deel van de werkenden is in staat om dit gesprek te voeren en verantwoordelijkheid te nemen voor eigen inzetbaarheid; een ander deel kan deze verantwoordelijkheid minder goed aan. Deze groep kan hierbij mogelijk ondersteund en gecoacht worden.

Ook kunnen collectieve programma's ingezet worden om duurzame inzetbaarheid te bevorderen. Geaggregeerde en geanonimiseerde informatie geeft inzicht in risico's op populatieniveau en kan leiden tot programma's om deze risico's terug te dringen en werkomstandigheden te verbeteren. Werkenden, werkgevers en professionals kunnen dit gezamenlijk organiseren op bedrijfsniveau, binnen een regionaal netwerk of op brancheniveau, maar kunnen deze expertise of collectieve interventies ook inkopen bij commerciële partijen zoals arbodiensten.

2. Het zorgaanbod moet meer rekening houden met participatie.
De Raad vindt het belangrijk dat zorgverleners meer aandacht hebben voor participatie van mensen. Ten eerste moet de reguliere zorg participatie, waaronder arbeidsparticipatie, als een belangrijk behandeldoel zien. Dit wordt steeds vaker meegenomen bij de ontwikkeling van richtlijnen en kwaliteitsstandaarden, maar de implementatie hiervan in de praktijk blijft achter. De Raad denkt daarnaast dat individuele zorgplannen waarin patiënten met zorgaanbieders afspraken vastleggen de aandacht voor participatie in de curatieve zorg kunnen stimuleren. Voor patiënten zal participatie een belangrijk doel zijn. Ten tweede moet er beter samengewerkt worden tussen de arbeidsgerelateerde zorg en de reguliere zorg, zodat een patiënt niet onnodig lang uit het arbeidsproces is en tijdig bij de juiste hulpverlener terechtkomt. Een grotere verantwoordelijkheid voor werkenden kan dit stimuleren.

3. Meer zicht op kosteneffectiviteit interventies nodig.
Het valt de Raad op dat er vanuit gezondheidskundig oogpunt wel een aantal effectieve interventies zijn om doorwerken in zijn algemeenheid te stimuleren, maar niet zozeer op langer doorwerken van oudere werknemers. Verder is er weinig zicht op de kosteneffectiviteit van deze interventies en op hoe de kosten en de baten neerslaan bij verschillende partijen. Dit kan implementatie van interventies in de weg staan. Daarnaast kan implementatie-onderzoek de factoren in kaart brengen die het daadwerkelijke invoeren in de praktijk van kosteneffectieve interventies bevorderen of belemmeren.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg



Pauline Meurs,
voorzitter



Theo Hooghiemstra,
algemeen secretaris

Bijlagen

Bijlage 1

Adviesvoorbereiding

Het advies is vanuit de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg voorbereid onder leiding van:
Prof. dr. D.L. Willems
Prof. dr. J.P. Mackenbach
Mevrouw drs. M. Sint

Relevante functies en nevenactiviteiten raadsleden:

Prof. dr. D.L. Willems
- Hoogleraar Medische Ethiek AMC/UvA
- Lid medisch-ethische commissie ten bate van Wetenschappelijk onderzoek met mensen, AMC
- Lid medisch-ethische commissie ten bate van de patiëntenzorg, AMC
- Voorzitter projectgroep Kaderopleiding Huisartsen palliatieve zorg, NHG
- Voorzitter Commissie Ethische dilemma's Stichting '40-'45

Prof. dr. J.P. Mackenbach
- Voorzitter bestuur Netherlands Institute for Health Sciences
- Lid Raad van Toezicht Instituut voor onderzoek naar Leefwijzen en Verslaving (IVO)
- Lid Gezondheidsraad, vicevoorzitter beraadsgroep Maatschappelijke Gezondheidszorg van de Gezondheidsraad, lid presidiumcommissie Gezondheidsraad
- Lid bestuur Gerrit-Jan Mulder stichting
- Vicevoorzitter Programmacommissie Preventie, ZonMw
- Honorary professor London School of Hygiene and Tropical Medicine
- Lid Koninklijke Nederlandse Academie van Wetenschappen
- Lid Raad van Bestuur Fonds NutsOhra
- Lid Bestuur van de Vereniging Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde

Mevrouw drs. M. Sint
- Voorzitter STZ (Samenwerkende Topklinische opleidingsziekenhuizen)
- Voorzitter Transitieautoriteit Jeugd
- Voorzitter Raad van Commissarissen NLHealthcrae
- Vicevoorzitter Raad van Commissarissen Bouwinvest
- Lid Raad van Commissarissen BNG Bank
- Lid Raad van Commissarissen De Friesland Zorgverzekeringen

De Raad is in de voorbereiding bijgestaan door een ambtelijke projectgroep bestaande uit:
Drs. B.J.C. van de Gevel, projectmanager
Mevrouw dr. I. Doorten, senioradviseur
Mevrouw A. Wichmann, junioradviseur (t/m 27 november 2014)
Mevrouw N.I.M. van Wetten, communicatieadviseur
Mevrouw J. Hamelink, projectondersteuner

De Raad adviseert onafhankelijk. Gesprekken tijdens de voorbereiding van een advies hebben niet het karakter van draagvlakverwerving. De gesprekspartners hebben zich niet aan het advies gecommitteerd.

Brochure
Christine Willemsen heeft een brochure geschreven met de titel *Werken tot je zeventigste: last of lust?.*

Expertmeeting
Tijdens de adviesvoorbereiding heeft op 24 oktober 2014 een bijeenkomst plaatsgevonden met experts.

Deelnemers:

Mevrouw drs. F.A. Boulogne	ZonMw
De heer J.G. Breit	Verbond van Verzekeraars
De heer prof. dr. IJ. Kant	Universiteit Maastricht
De heer R. van Leusden, bedrijfsarts	Beter
De heer R.J. Modderkolk	PON
De heer drs. G.B.S. Penders, bedrijfsarts	NVAB
Mevrouw drs. P. Polman MPH	Zorginstituut
De heer P.H. Ribbens, bedrijfsarts	Zelfstandig bedrijfsarts
Mevrouw L.J. Schilder-Visser	Blik op weg
De heer ir. W. Schimmel	Arbo Unie
De heer prof. dr. J.J. Schippers	Universiteit Utrecht
Mevrouw M. Schuring	Erasmus MC
De heer drs. K. Zwart	Welder

Geconsulteerden
Tijdens het adviestraject zijn de volgende personen geconsulteerd:

De heer D. Algra	De werkplaats
De heer prof. dr. J.R. Anema	VUMC
De heer A.H.M.M. van Bergen	CIRAN
De heer J.G. Breit	Verbond van Verzekeraars
Mevrouw dr. A.S.A.M. van de Burght	Gezondheidsraad
De heer dr. R.W. Euwals	Centraal Planbureau
De heer drs. M.G.K. Einerhand	SZW
De heer dr. J.A.G.M. Genabeek	TNO
Mevrouw drs. P. van de Goorbergh	OVAL
Mevrouw dr. H. Groenendijk	SER
Mevrouw I. van Haeff	Zorg aan zet
De heer drs. M.G den Held	SZW
Mevrouw mr. B.P.F.D. Hendrikx	SER
Mevrouw dr. ir. F.H.G.M. Hoeymans	RIVM
De heer J. Jansen	CBO
Mevrouw N. Janssen	Universiteit Maastricht
De heer J.A.M. Jochijms	CIRAN
De heer prof. dr. IJ. Kant	Universiteit Maastricht
Mevrouw mr. A.M.J. Koks	Ministerie VWS
Mevrouw drs. C.M.A. Kleijwegt-de Wit	Ministerie VWS
Mevrouw drs. S.E. Lagerveld	Universiteit Utrecht
De heer drs. J. Manders	NVAB
De heer dr. H.W.C. Michon	Trimbos
De heer drs. GBS. J. Penders	NVAB
Mevrouw drs. P. Polman MPH	Zorginstituut
Mevrouw dr. K.I. Proper	RIVM
Mevrouw mr. H. Post	NPCF
De heer drs. A.G.M. Reijnders	Verbond van Verzekeraars
De heer L. de Ruig	Panteia
Mevrouw L.J. Schilder-Visser	Blik op werk
De heer ir. W. Schimmel	Arbo Unie
Mevrouw L.J.A. Verweij	VWS
Mevrouw dr. ir. H. Voogdt	CBO
Mevrouw dr. ir. R.M. Weggemans	Gezondheidsraad
De heer P. de Witte	Capability
de heer A. Witkamp	Panteia

De Raad heeft het advies op 18 december 2014 vastgesteld.

Bijlage 2

Lijst van afkortingen

AOW	Algemene Ouderdomswet
BNR	Business Nieuws Radio
CBS	Centraal Bureau voor de Statistiek
CPB	Centraal Planbureau
CVZ	College voor Zorgverzekeringen
GGD	Gemeenschappelijke Gezondheidsdienst
ggz	geestelijke gezondheidszorg
HRM	Human Resource Management
IPS	Individuele Plaatsing en Steun
KEA	Kosteneffectiviteitanalyse
mkb	midden- en kleinbedrijf
MKBA	Maatschappelijke kosten-batenanalyse
NVAB	Nederlandse Vereniging voor Arbeids- Bedrijfsgeneeskunde
OESO	Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling
PAGO	Periodiek Arbeidsgezondheidskundig Onderzoek
PMO	Periodiek Medisch Onderzoek
POP	Persoonlijk ontwikkelingsplan
RI&E	Risico Inventarisatie en Evaluatie
RIVM	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
RVZ	Raad voor de Volksgezondheid en Zorg
SCP	Sociaal en cultureel planbureau
SES	Sociaal Economische Status
SER	Sociaal Economische Raad
SZW	Sociale Zaken en Werkgelegenheid
TNO	Toegepast Natuurwetenschappelijk Onderzoek
UWV	Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekeringen
VLZ	Wet verlenging loondoorbetalingsverplichting bij ziekte
WAI	Work Ability Index
WAO	Wet arbeidsongeschiktheidsverzekering
WIA	Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen
Wmo	Wet maatschappelijke ondersteuning
WW	Wet werk
Wulbz	Wet Uitbreiding loondoorbetalingverplichting bij ziekte
WvP	Wet verbetering poortwachter
zzp	zelfstandige zonder personeel

Bijlage 3

Literatuurlijst

AARP Public Policy Institute. Older workers on the move: recareering in later life, Research Report 2009-08. Washington DC: AARP, 2009.

AStri Beleidsonderzoek en –advies. Onderzoek evaluatie WIA. Leiden: AStri, 2011.

Baars, L. Langer doorwerken moet handje contantje wel wat opleveren. Geraadpleegd van http://www.trouw.nl/tr/nl/4500/Politiek/-article/detail/3518567/2013/09/30/ Langer-doorwerken-moet-handje-contantje-wel-wat-opleveren.html.

Beer, J. de. Is de CBS-prognose van de levensverwachting te conservatief? Bevolkingstrends, juli 2013. Den Haag: CBS, 2013.

Blik op Werk. Notitie arbeidsparticipatie ouderen. Geraadpleegd op 11-2-2015, van http://www.blikopwerk.nl/Content/Media/257967bcd696443d9a761c6bea763b67/Notitiearbeidsparticipatieouderen.pdf.

Bovenberg, H., J. Mackenbach, R. Mehlkopf. Een eerlijk en vergrijzingsbestendig ouderdomspensioen. Economisch Statistische Berichten, 91, 2006.

Brouwer S., et al. Duurzame inzetbaarheid van de oudere werknemer: stand van zaken: overzicht van determinanten, interventies en meetinstrumenten vanuit verschillende perspectieven Groningen: Universitair Medisch Centrum Groningen/Rijksuniveriteit Groningen, 2012.

Buijs, P.C., F.M.M. van den Heuvel en R. Steenbeek. Patiënten verwachten bij ziekteverzuim een prominente rol van de huisarts. Huisarts & Wetenschap, 2009, 52, no. 3, p. 147-151.

Burdorf, L. Gezondheid en arbeidsparticipatie: hoe word ik werkend gezond oud & hoe oud word ik gezond werkend? Presentatie op het congres Kracht van Kennis, 30 oktober 2014, niet gepubliceerd.

Burdorf, A. en L. Elders. Het instrument Werkvermogen wetenschappelijk bekeken In: Molenaar, D., et al. Werkvermogen. Verantwoord werken aan duurzame inzetbaarheid. Enschede: Preventned, 2007.

Burström, B., M. Whitehead and F. Diderichsen. Longterm illness: studying social consequences and policy impacts. Health Variations. Issue 4, July 1999, p. 12-14.

Capgemini Consulting. Sector- of branchegeorganiseerde bedrijfsgezondheidszorg: zes casussen van sectoren en branches. Utrecht: Capgemini Consulting, 2014.

Centraal Bureau voor de Statistiek. Potentiële beroepsbevolking blijft straks op peil dankzij 65-plussers. Persbericht. Den Haag: 13 december 2012.

Centraal Bureau voor de Statistiek. Sociaaleconomische trends 2013: stijgende arbeidsparticipatie en minder uittreding bij ouderen. Den Haag: CBS, 2013.

Centraal Bureau voor de Statistiek. Ziekteverzuim op laagste punt sinds 1996. Webmagazine, maandag 31 maart 2014 9:30.

Centraal Bureau voor de Statistiek. Data Arbeid en sociale zekerheid, te raadplegen via www.cbs.nl, doorklikken op Statline, de elektronische databank van het CBS, Voorburg / Heerlen. 2015.

CBO. Zorgmodule Arbeid 1.0. Begeleiding rondom arbeidsparticipatie van chronisch zieken. Utrecht: CBO, 2014.

Centraal Planbureau. Flexible Retirement. CPB Discussion Paper, no. 174. Den Haag: CPB, 2011.

Centraal Planbureau. Omgevingsscenario's voor gezondheid en zorg, deelrapport 1 van het onderzoeksprogramma 'Toekomst Zorg'. CPB Achtergronddocument bij CPB Policy Brief 2011/11, 'Trends in gezondheid en zorg'. Den Haag: CPB, 2011.

Centraal Planbureau. De huidige en toekomstige groei van het aandeel zzp'ers in de werkzame beroepsbevolking. Den Haag: CPB, 2012a.

Centraal Planbureau. Wage-Tenure Profiles and Mobility. CPB Discussion Paper 198. Den Haag: CPB, 2012b.

Centraal Planbureau. Gezondheid en kennis over de levensloop: feiten cijfers en economische theorie, CPB Achtergronddocument. Den Haag: CPB, 2013a.

Centraal Planbureau. Arbeidsmarkt Ouderen en Duurzame Inzetbaarheid. CPB Achtergronddocument bij de CPB Policy Brief 2013/02 'Ouderen aan het werk'. Den Haag: CPB, 2013b.

Centraal Planbureau. Werken in goede gezondheid. Den Haag: CPB, 2014.

Centraal Planbureau/Netspar. Pensioen in discussie. Den Haag/Tilburg, CPB/Netspar, 2014.

Cloosterman, L., et al. The efffectiveness of interventions for ageing workers on (early) retirement, work ability and productivity: a systematic review. International archives occupational environmental health, 15 augustus 2014.

College voor zorgverzekeringen. Rapport pakketbeheer in de praktijk deel 3, 18 oktober 2013. Diemen: CVZ, 2013.

Dalen, H. van, K. Henkes, J. Schippers. Beelden van de productiviteit van ouderen bij werkgevers en werknemers. Tijdschrift voor Arbeidsvraagstukken, 2009, 25 (1), p. 6-19.

Damman, M., K. Henkes. 'Voorsorteren' in de jaren voor pensioen? Het effect van werkervaringen en geanticipeerde tijd tot pensioen op werkattituden van oudere werknemers. In: Henkes, K., Kalmijn, M., Thomése, F. (red.). Wegen rond pensionering. Nieuwe transities en trajecten. Amsterdam: University Press, 2013.

Dongen J.M., et al. A systematic review of the cost-effectiveness of worksite physical activity and/or nutrition programs. Scand J Work Environ Health 2012; 38 (5), p. 393-408.

Eurofound. Sustainable work and the ageing workforce, Publications Office of the European Union. Eurofound: Luxembourg, 2012.

Eurostat, Database employment rate of older workers, http://ec.europa.eu/eurostat/, geraadpleegd op 9-2-2015.

Henkes, K. Pensioen in beweging: over sociologische aspecten van langer werken. Inaugurele rede. Tilburg: Universiteit van Tilburg, 2010.

Henkes, K., M. Kalmijn, F. Thomése (red.). Wegen rond pensionering. Nieuwe transities en trajecten. Amsterdam: Amsterdam University Press, 2013.

Hoedeman, R. Zijn er teveel stressoren of te weinig hulpbronnen? Een vertaling naar de praktijk van de bedrijfsarts. Tijdschrift voor Bedrijfs- en Verzekeringsgeneeskunde, 2014, 22, no. 4.

Hulshof, C.T.J. Blijven zagen, over wetenschap en praktijk in de arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde. Oratie. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam, 2012.

Ilmarinen, J., K. Tuomi and J. Seitsamo. New dimensions of work ability. Assessment and Promotion of Work Ability, Health and Well-being of Ageing Workers. International Congress Series Elsevier, 1280, 2005, p. 3-7.

Inspectie SWZ Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid. Arbozorg in Nederland. Den Haag: Inspectie SWZ, 2013.

Jong, de P. Bemoei er (niet) mee: leefstijl werknemers. Advisie. Juli 2010, p. 6-9.

Klink, J.J.L. van der, et al. Duurzaam inzetbaar: werk als waarde. Rapport in opdracht van ZonMw ten behoeve van het programma Participatie en Gezondheid. Rijksuniversiteit Groningen, Groningen, 2010.

Klinkhamer, K. en S. van Wijnbergen. Eerder met pensioen, ook eerder dood: werknemers zijn geholpen met langer doorwerken, want dan blijven ze gezonder. NRC, 2 november 2010.

Laurier, J., L. Schilder en L. Hupkens. Het Nederlands Werkvermogen 2013: de stand van zaken rondom het werkvermogen 2013 van de Nederlands werkende beroepsbevolking. https://www.blikopwerk.nl/Content/Media/4003068f92ef4fd8a0be7f3f36da7cf8/HetNederlandseWerkvermogen2013.pdf

Leupen. J. en S. Olsthoorn. Bouwsector stopt financiering van opleidingen en arbo-instellingen. Financieel Dagblad, 19 januari 2015.

Lexis, M.A.S. Prevention of long-term sickness absence and major depression through early intervention. doctoral thesis. Maastricht: Universiteit Maastricht, 2011.

Maassen, H. Participatie als behandeldoel. Medisch Contact,no. 13, 2011, p. 792-795.

Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid. Participatie en gezondheid. Thema 1: De invloed van arbeidsparticipatie en terugkeer naar het werk. Den Haag: ministerie van SZW, 2008.

Münderlein, M., et al. De rol van werkgerelateerde factoren en instituties voor de arbeidsparticipatie van ouderen in Europa. In: Henkes, K., Kalmijn, M., Thomése, F. (red.). Wegen rond pensionering: nieuwe transities en trajecten. Amsterdam: Amsterdam University Press, 2013.

Nederlands Interdisciplinair Demografisch Instituut. Oudere werknemers door de lens van de werkgever. Nidi-rapport. Den Haag: NIDI, 2007.

Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie. Zorgplan biedt patiënt veel voordelen, maar wordt nog weinig gebruikt. Geraadpleegd op 11-2-2015, van http://www.npcf.nl/index.php?option=com_aiportfolio&view=article&Itemid=2&id=90:Zelfmanagement&standpunt=5326.

NIVEL. Kennissynthese Chronisch Ziek en Werk. Arbeidsparticipatie door mensen met een chronische ziekte of lichamelijke beperking. Utrecht: Nivel, 2013.

NIVEL, J. Kennissynthese Gezondheidsvaardigheden. Niet voor iedereen vanzelfsprekend. Utrecht: Nivel, 2014.

Noordt, M. van der, et al. Health Effects of employment: a systematic review of prospective studies. Occupational and Environmental Medicine, 2014, 71, p. 730-736.

Oosterhout, T. en B. Breij. Perspectieven op een langer arbeidsleven. Leiden: ILC Nederland, 2014.

Ours, J. van. Jan van Ours over productiviteit en ouderen. Me Judice, 1 maart 2010.

Panteia. Aandacht voor arbeid in de zorg. Effectieve interventies met het oog op werkhervatting voor zieke werknemers en arbeidsongeschikten. Zoetermeer: Panteia, 2013.

Panteia. Waarom worden (kosten)effectieve interventies die werkhervatting bespoedigen niet altijd ingezet? Een verkenning van de belangrijkste knelpunten. Zoetermeer: Panteia, 2014.

Pol, M.C. 'Ik ben even met pensioen'. Volkskrant Magazine, 23 augustus 2014.

Public Health Research Consortium (PHRC) Helping chronically ill or disabled people into work: what can we learn from international comparative analyses? Liverpool: University of Liverpool, 2009.

Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. Ziektelast van ongunstige arbeidsomstandigheden in Nederland. RIVM-rapport 270012002. Bilthoven, 2007.

Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. Leefstijl en arbeid in balans. Een literatuurstudie naar de invloed van leefstijlfactoren en (sub)cultuur op gezondheid, ziekteverzuim, arbeidsongeschiktheid en productiviteit. RIVM-rapport 270254001/2008. Bilthoven: RIVM, 2008.

Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. Gezondheid en maatschappelijke participatie. Themarapport Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2014. Bilthoven: RIVM, 2013.

Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. Sociaaleconomische verschillen naar geslacht en leeftijd http://www.nationaalkompas.nl/gezondheid-en-ziekte/ziekten-en-aandoeningen/chronische-ziekten-en-multimorbiditeit/sociaaleconomische-verschillen-naar-leeftijd-en-geslacht/. Bilthoven: RIVM, 2014a.

Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. Hoe groot is het ziekteverzuim en de arbeidsongeschiktheid in Nederland? http://www.nationaalkompas.nl/gezondheid-en-ziekte/functioneren-en-kwaliteit-van-leven/ziekteverzuim-en-arbeidsongeschiktheid/wat-is-de-relatie-met-ziekten-en-aandoeningen/.Bilthoven: RIVM, 2014b.

Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. Ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid: Wat is de relatie met ziekten en aandoeningen? http://www.nationaalkompas.nl/gezondheid-en-ziekte/functioneren-en-kwaliteit-van-leven/ziekteverzuim-en-arbeidsongeschiktheid/wat-is-de-relatie-met-ziekten-en-aandoeningen/. Bilthoven: RIVM, 2014c.

Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. http://www.nationaalkompas.nl/preventie/kosten-van-preventie-nieuw/, Bilthoven: RIVM, 2014d.

Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. Op weg naar maatschappelijke kosten-batenanalyses voor preventie en zorg: Themarapport Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2014. Bilthoven: RIVM, 2014e.

Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. Verschillen ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid per bedrijfssector? http://www.nationaalkompas.nl/gezondheid-en-ziekte/functioneren-en-kwaliteit-van-leven/ziekteverzuim-en-arbeidsongeschiktheid/verschillen-ziekteverzuim-en-arbeidsongeschiktheid-per-bedrijfssector/. Bilthoven: RIVM, 2014f.

Rijksoverheid. Alles is gezondheid. Het Nationaal Programma Preventie 2014 – 2016. Den Haag: Rijksoverheid, 2013.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Meer aandacht voor participatie in de eerste lijn. Achtergrondstudie. Den Haag: RVZ, 2012.

Schuring, M., et al. The effect of re-employment on perceived health. J Epidemiol Community Health, 65, 2011, no. 7, p. 639–644.

Sociaal en Cultureel Planbureau. Emancipatiemonitor 2012. Den Haag: SCP, 2012.

Sociaal en Cultureel Planbureau. Emancipatiemonitor 2014. Den Haag: SCP, 2014a.

SCP. Hulp geboden. Een verkenning van de mogelijkheden en grenzen van (meer) informele hulp. Den Haag. September 2014b.

Sociaal en Cultureel Planbureau. Aanbod van Arbeid 2014. Arbeidsdeelname, flexibilisering en duurzame inzetbaarheid. Sociaal en Cultureel Planbureau. Den Haag: SCP, 2015.

SEO. Wat maakt oudere werknemers aantrekkelijk? Amsterdam: SEO economisch onderzoek, 2012.

SEOR Erasmus School of Economics. Arbeidsmarkt ouderen. Rotterdam: SEOR, 2011.

Sociaal-Economische Raad. Een kwestie van gezond verstand: Breed preventiebeleid binnen arbeidsorganisaties. Den Haag: SER, 2009.

Sociaal-Economische Raad. Stelsel voor gezond en veilig werken, ADVIES 12/08. Den Haag: SER, 2012.

Sociaal-Economische Raad. Betere zorg voor werkenden. Den Haag: SER, 2014.

Sociaal-Economische Raad. Ontwerpadvies Pensioenstelsel. Den Haag, SER, 2015.

TNO. Objectiveren van gezondheidsgerelateerde non-particapie en de vermijdbare bijdrage van de gezondheidszorg hieraan., SIG. programma Arbeid en gezondheid 1B. Hoofddorp: TNO, 2010.

TNO. Ziekteverzuim in Nederland in 2010. Delft: TNO, 2012a.

TNO. Waarom werkgevers bewezen effectieve maatregelen wel of niet nemen: Eerste resultaten van een kwalitatief onderzoek. Hoofddorp: TNO, 2012b.

TNO. Zorg voor werk. Hoofddorp: TNO, 2014a.

TNO. Biedt inzicht uitzicht? Verslag van een onderzoek naar het gebruik van de interventie 'Wijzer met Welder' door een groep leden van CNV Publieke Zaak. Delft: TNO, 2014b.

TNO. Behoeftepeiling werkenden met een chronische ziekte. Resultaten van de vragenlijststudie. Delft: TNO, 2014c.

TNO/NSvP. Buiten de Gepade Banen: Een X aantal baantechnieken voor een arbeidsmarkt op maat (Job Engineering Catalogus). Hoofddorp/Utrecht: TNO/NSvP, 2014.

Tikkanen, T., et al. Social partners: out with early exit - in with lifelong learning and career development? Zweden: NLV, 2011.

Uitvoering Werknemersverzekeringen.Atlas SV 2011. Amsterdam: UWV, 2012.

Vennesland, T.E. & K. Nergaard. Norway: The role of governments and social partners in keeping older workers in the labour market. Eurofound. Gepubliceerd op 2 juni 2013.

Verveen E. De Scandinavische verzorgingsstaat. Reader voor de RWI studiereis naar Zweden en Finland. 2005 http://www.panteia.nl/Handlers/PPI/DownloadPublication.ashx?documentid=490

Vuuren, T. van. Vitaliteitsmanagement: je hoeft niet ziek te zijn om beter te worden! Oratie. Heerlen: Open Universiteit, 2011.

Westendorp, R. Oud worden zonder het te zijn. Over vitaliteit en veroudering. Amsterdam: Atlas Contact, 2014.

Wilthagen, A.C.J.M., et al. Manifest: Naar een nieuw Dutch Design voor flexibel én zeker werk. Tilburg: Celsus juridische uitgeverij, 2012.

ZonMw. Parel voor vernieuwende aanpak Stay@Work, geraadpleegd op 11-2-2015 van http://www.zonmw.nl/nl/over-zonmw/parels/staywork/

Overzicht publicaties RVZ

15/02 Doorwerken en gezondheid in balans

Publicaties bij dit advies, alleen te downloaden

Brochure 'Werken tot je zeventigste: last of lust?', april 2015

15/01 Ruimte voor redzaamheid

Publicaties bij dit advies, alleen te downloaden

Relaties van de fysieke omgeving met leefstijl, redzaamheid en sociale verbindingen', juli 2014.

Voorbeelden van ruimte in relatie tot gezond gedrag, redzaamheid en sociale verbanden', juni 2014

14/05 De stem van verzekerden, november 2014

14/04 Patiënteninformatie, juni 2014

14/03 Brochure 'De toekomst van tien'

14/02 Advies Scenario's

14/01 Randvoorwaarden voor een succesvolle decentralisatie van zorg, januari 2014

Publicaties bij dit advies, alleen te downloaden

Beleidsidealen in de praktijk, Movisie, januari 2014

Effectieve decentralisatie?, Regioplan, januari 2014

De wijkprofessional van de toekomst, januari 2014

Van rol naar bekostiging in 3D, januari 2014

Sporen naar strategieën voor een beter leven, januari 2014

13/05 Werkprogramma 2014, december 2013

13/04 Garanties voor kwaliteit van zorg, december 2013

Publicaties bij dit advies, alleen te downloaden

Een goed gesprek, december 2013

Goede wijn behoeft een krans, december 2013

Governance in private healthcare organizations, december 2013

Invloed van de organisaties van medisch specialisten op de governance van het ziekenhuis, december 2013

Rapportage uitkomsten enquête RVZ over Corporate governance, december 2013

13/02 De participerende patiënt, april 2013

13/03 Brochure ‘Samen kiezen voor goede zorg’

Publicaties bij dit advies, alleen te downloaden

Shared Decision Making & Zelfmanagement, IQ, april 2013

Gezamenlijke besluitvorming & Zelfmanagement, IQ, april 2013

Nieuwe Verhoudingen in de spreekkamer: Juridische aspecten, Legemaate, april 2013

13/01 Het belang van wederkerigheid, maart 2013

Publicaties bij dit advies, alleen te downloaden

Feitelijke en gewenste solidariteit in de zorg, maart 2013

Instrumenten voor gepast zorggebruik, maart 2013

Theorie en praktijk van menselijk gedrag in een solidair zorgstelsel, maart 2013

Lets Care, maart 2013

12/08 Werkprogramma 2013, december 2012

12/07 Regie aan de poort, december 2012

Publicaties bij dit advies, alleen te downloaden

Mensen met meervoudige problemen en hun zorggebruik, november 2012

Eerstelijnszorg voor de jeugd, november 2012

Geestelijke gezondheidszorg, november 2012

Meer aandacht voor participatie in de eerstelijn, november 2012

Eerstelijnszorg voor ouderen, november 2012

Wijkgericht werken: intersectorale samenwerking in de wijk door grenzenwerk, november 2012

Verslag opgesteld van focusgroeponderzoek onder huisartsen en andere eerstelijns zorgverleners, november 2012

De ontwikkeling van de rol van de huisarts gedurende de twintigste eeuw, november 2012

12/05 Redzaam ouder, zorg voor niet-redzame ouderen vraagt om voorzorg door iedereen, april 2012

12/06 Jong over Oud, Jonge BN’ers over ouderenzorg, brochure, mei 2012

Publicaties bij dit advies, alleen te downloaden

Trends in de gezondheid en het belang van zelfredzaamheid bij zelfstandig wonende ouderen, 2012

Kwaliteit van zorg voor ouderen thuis en in het ziekenhuis, aanbevelingen vanuit de wetenschap met accent op verpleegkunde, 2012

De intramurale ouderenzorg: nieuwe leiders, nieuwe kennis, nieuwe kansen, 2012

Ouder worden in Nederland, een achtergrondstudie naar de visie van ouderen met een migratieachtergrond, 2012

De sociale dimensie van ouder worden, 2012

Bouwstenen voor een toekomstbestendige zorg voor ouderen, 2012

Van Alzheimer tot Methusalem, wetenschappelijke inzichten van belang voor zorg voor ouderen, 2012

12/02 Stoornis en delict, mei 2012

12/03 In profiel: de doelgroepen van GGZ en Justitie (achtergrondstudie), mei 2012

12/04 Het forensische zorgstelsel, beschrijving van het besturingsmodel in de forensische zorg (achtergrondstudie), mei 2012

Publicaties bij dit advies, alleen te downloaden

Mogelijke gevolgen Wfz en WvGGZ voor de reguliere GGZ, Indigo beleidsonderzoek en advies

Zorg aan delinquent. Opsluiten va patiënt. Cultuurverschillen justitie, forensische zorg en de reguliere GGZ.

12/01 Werkprogramma 2012, januari 2012

11/08 Preventie van welvaartsziekten, december 2011

11/04 Medisch-specialistische zorg in 20/20, oktober 2011

Publicaties bij dit advies

11/05 - Ziekenhuislandschap 2020: Niemandsland of Droomland (achtergrondstudie), oktober 2011

11/06 - Medisch-technologische ontwikkelingen zorg 20/20 (achtergrondstudie), oktober 2011

11/07 - Brochure, oktober 2011

Publicaties bij dit advies, alleen te downloaden

Samenwerking en mededinging in de zorg (achtergrondstudie), oktober 2011

Het contracteren en bekostigen van medisch specialistische netwerken (achtergrondstudie), oktober 2011

De rol van e-Health in een veranderend ziekenhuislandschap (achtergrondstudie), oktober 2011

Demografische krimp en ziekenhuiszorg (achtergrondstudie), oktober 2011

11/03 Sturen op gezondheidsdoelen, juni 2011

Publicaties bij dit advies, alleen te downloaden

Levensverwachting (achtergrondstudie), juni 2011

Pay for performance and health outcomes: Promising, not proven (achtergrondstudie), juni 2011

Sturen op uitkomsten in het primair proces (achtergrondstudie), juni 2011

Sturen op gezondheidsdoeleinden en gezondheidswinst op macroniveau (achtergrondstudie), juni 2011

11/02 Prikkels voor een toekomstbestendige Wmo (briefadvies), mei 2011

11/01 Bekwaam is bevoegd: Innovatieve opleidingen en nieuwe beroepen in de zorg, februari 2011

Publicaties bij dit advies

Wetenschappelijke en technologische ontwikkelingen en nieuwe beroepen

Het Chronic Care Model in Nederland

Zorgredistributie, sturen op kwaliteit en doelmatigheid in de zorg

Samenwerken in de opleiding Geneeskunde

10/13 Ruimte voor arbeidsbesparende innovaties in de zorg, november 2010

Publicaties bij dit advies

10/14 - Krant bij het advies ruimte voor arbeidsbesparende innovaties in de zorg, november 2010

10/10 Perspectief op gezondheid 20/20, september 2010

Publicaties bij dit advies

10/11 - Komt een patiënt bij zijn coach (achtergrondstudie behorende bij het advies Perspectief op gezondheid 20/20), september 2010

10/12 - Veranderen met draagvlak (achtergrondstudie behorende bij het advies Perspectief op gezondheid 20/20), oktober 2010

10/05 Zorg voor je gezondheid! Gedrag en gezondheid: de nieuwe ordening (discussienota), april 2010

Publicaties bij dit advies

10/09 - Van zz naar gg
Acht debatten, een sprekend verhaal

10/08 - Moderne patiëntenzorg:
Acht jaar later (achtergrondstudie behorende bij de discussienota Zorg voor je gezondheid!), april 2010

10/07 - Leefstijl en de zorgverzekering (achtergrond studie behorende bij de discussienota Zorg voor je gezondheid!), april 2010

10/06 - Een nieuwe ordening door het naar voren schuiven van zorg (achtergrondstudie behorende bij de discussienota Zorg voor je gezondheid!), april 2010

Publicaties bij dit advies, alleen te downloaden

Van eerste lijn naar primaire gezondheidsondersteuning (achtergrondstudie), april 2010

Publicaties bij dit advies, alleen te downloaden

10/04 De patiënt als sturende kracht

10/03 De relatie medisch specialist en ziekenhuis in het licht van de kwaliteit van zorg

10/01 Gezondheid 2.0 (advies), februari 2010

Publicaties bij dit advies

10/02 - Health 2.0: It's not just about medicine and technology, it's about living your life (achtergrondstudie behorende bij het advies Gezondheid 2.0), februari 2010

09/14 Investeren rondom kinderen, september 2009

09/13 Numerus Fixus Geneeskunde: loslaten of vasthouden, januari 2010

09/12 Brochure Numerus Fixus, januari 2010

09/11 Werkprogramma 2010, november 2009

09/10 Steunverlening zorginstellingen (advies), juni 2009

09/09 Buiten de gebaande paden. Advies over Intersectoraal gezondheidsbeleid, mei 2009

09/08 Buiten de gebaande paden: Inspirerende voorbeelden van intersectoraal gezondheidsbeleid (brochure,) mei 2009

09/07 Evaluatie RVZ 2004-2008, april 2009

09/06 Geven en nemen in de spreekkamer. Rapportage over veranderende verhoudingen, maart 2009

09/05 Tussen continuïteit en verandering. 27 adviezen van de RVZ 2003-2009, februari 2009

09/04 Governance en kwaliteit van zorg (advies) maart 2009

09/03 Werkprogramma 2009, maart 2009

09/02 Farmaceutische industrie en geneesmiddelengebruik: evenwicht tussen publiek en bedrijfsbelang (debatverslag), januari 2009

09/01 De verzekeraar en de patiënt: een succesvolle coaltie: goede voorbeelden van patiëntgestuurde zorginkoop (in samenwerking met de NPCF), januari 2009

Publicaties CEG vanaf 2010

Sig 13/03 Leefstijldifferentiatie in de zorgverzekering: een overzicht van ethische argumenten, maart 2013

Sig 12/12 Rechtvaardige selectie bij pandemie, december 2012

Sig 12/10 Toekomstverkenning Ethiek en Gezondheid, oktober 2012

Sig 12/04 De mens centraal? Ethische dilemma’s bij gezondheidsbeleid met goede zorg voor dier en natuur, april 2012

Sig 10/11 Ver weg en toch dichtbij? Ethische overwegingen bij zorg op afstand, november 2010

Sig 12/10 Toekomstverkenning Ethiek en Gezondheid, oktober 2012

Sig 12/04 De mens centraal? Ethische dilemma’s bij gezondheidsbeleid met goede zorg voor dier en natuur, april 2012

Sig 10/11 Ver weg en toch dichtbij? Ethische overwegingen bij zorg op afstand, november 2010

Sig 09/11 Dilemma’s van verpleegkundigen en verzorgenden, november 2009

Briefadvies genetische aanleg en registratie van etniciteit, augustus 2011

Sig 09/05 Met de camera aan het ziekbed. Morele overwegingen bij gezondheidszorg op televisie, mei 2009

Sig 09/11 Dilemma's van verpleegkundigen en verzorgenden, november 2009

Briefadvies genetische aanleg en registratie van etniciteit, augustus 2011

Sig 09/05 Met de camera aan het ziekbed. Morele overwegingen bij gezondheidszorg op televisie, mei 2009

